

# $\psi$ **AUPI** *notizie*

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

2016

n. 3

## *Speciale Congresso*

*Contiene scheda elettorale per l'elezione della Segreteria Nazionale, per il Collegio dei Revisori e per il Collegio dei Sindaci Provisori*

- **ANCORA TAGLI?**
- **Tavolo tecnico sulla Psicologia:  
Prestazioni specialistiche ambulatoriali**
- **Il Piano per la Cronicità:  
una grande opportunità per gli Psicologi**
- **Conferenza stampa di presentazione dei nuovi LEA  
del ministro della Salute Beatrice Lorenzin**
- **Atto di indirizzo Personale della Dirigenza medica,  
veterinaria e sanitaria**

# Notizie

## SOMMARIO



1

ANCORA TAGLI? - M. Sellini



6

Salute mentale per minori e adulti -  
Consultorio Familiare - Dipendenze, ecc.  
Modalità di accesso - Rinaldo Perini



9

Tavolo tecnico sulla Psicologia:  
Prestazioni specialistiche ambulatoriali



14

Il Piano per la Cronicità:  
una grande opportunità per gli Psicologi -  
David Lazzari



17

Conferenza stampa  
di presentazione dei nuovi LEA del  
ministro della Salute Beatrice Lorenzin



27

Approvato il CCNQ  
sui Comparti e Aree contrattuali  
- Fonte: ARAN



31

Atto di indirizzo.  
Personale della Dirigenza medica,  
veterinaria e sanitaria



48

Recensioni - G. Cavadi



50

Schede d'iscrizione

In copertina: Fregene, Gabbiani.

Opera gentilmente concessa dalla Pittrice BIANCA GANDOLFO. <http://digilander.libero.it/biancagandolfo/>

## ANCORA TAGLI?

**Mario Sellini**  
Segretario Generale



Negli ultimi 20 anni, con una pericolosa accelerazione negli ultimi 10, la Sanità è diventata il bancomat di tutti i Governi che si sono succeduti. Lo è diventata a tal punto da aver ridotto il Servizio Sanitario in uno stato comatoso, con il rischio di non poter tornare più indietro.

E i primi, nefasti, effetti sono sotto i nostri occhi. Solo chi non vuol vedere e gira la testa dall'altra parte non si accorge di alcuni dati oggettivi e certificati:

- la vita media "attesa" si è accorciata già di qualche mese a differenza di quanto accade nel resto dell'Europa ad eccezione della Grecia;

- milioni di cittadini hanno rinunciato alle cure. Anche a quelle primarie, a partire dalla popolazione anziana;

- gli attuali stili di vita dei giovani, ai quali il Servizio Sanitario non propone, per mancanza di risorse una corretta educazione sanitaria, e della quasi totale assenza di un credibile e sostanziale programma di prevenzione, fanno sì che le proiezioni sulla stato di salute della popolazione tra 30/40 anni fotografano una situazione sanitaria preoccupante.

Gran parte delle attuali disfunzioni e diseconomie del Servizio Sanitario sono da addebitare a politiche regionali che non si pongono come obiettivo principale quello della Prevenzione, Cura e Riabilitazione dello stato di salute dei cittadini.

È sufficiente leggere anche uno solo degli atti aziendali di organizzazione dei servizi per capire immediatamente come le Strutture Complesse e/o quelle Semplici vengono individuate secondo criteri e parametri che nulla hanno a che vedere con l'epidemiologia, la funzionalità e l'efficienza.

Mentre tutto ciò sta già accadendo, il Governo pensa di tagliare le spese per la Sanità per recuperare 2 miliardi di euro ed aumentare di 40 € la tredicesima dei pensionati. Ma nessuno dice al Governo e ai Cittadini che 40 € in più sulla tredicesima, non basteranno a coprire i ticket che le Regioni saranno costrette a imporre per far fronte al taglio del finanziamento.

Abbiamo la presunzione di pensare che alle persone anziane interessa molto di più avere un Servizio Sanitario Gratuito e che funzioni, piuttosto che l'elemosina di 3 € in più al mese sulla pensione.

Per finire abbiamo la presunzione di dire ai suggeritori e sponsor di queste manovre contro la Sanità e la Salute dei cittadini che: 1 miliardo di euro in meno in Sanità, produce un danno all'economia di 1,3 miliardi. Tradotto significa che se il Governo toglie 1 miliardo alla Sanità, i cittadini saranno chiamati a pagare 1 miliardo e 300 milioni in più di tasse. Proprio un grande affare.

### UN AUTUNNO VERAMENTE IMPEGNATIVO

La ripresa autunnale delle attività è sempre impegnativa. In tutti i campi.

Sarà la lunga sosta estiva che interrompe per diverse settimane molte attività. Sarà un persistente senso di colpa che pervade chi ha lasciato lavori in sospenso, sarà il calendario istituzionale... ma le attività in cantiere sono sempre tante. Anche quest'anno non si sfugge alla regola. Con una variante: l'elenco si è allungato a dismisura e i dossier sul tavolo sono tanti e impegnativi.

Di seguito un indice approssimativo e certamente non in ordine di importanza:

Congresso AUPI; rinnovo del Contratto di lavoro; apertura delle trattative; nuove Aree contrattuali; tavolo tecnico della Psicologia; LEA; nomenclatore; decreto Parametri; rilancio della FASSID; riconoscimento della CODIRP (la nostra Confederazione); iniziative Intersindacali; ddl Lorenzin; legge di stabilità; ecc.

Considerato che dei tanti temi sul tappeto alcuni sono portatori di elementi di positività e altri meno, si pone il problema di decidere da dove iniziare; quale trattare per primo.

Personalmente preferisco prendere di petto i temi e i capitoli più scottanti. Per le cose positive c'è sempre tempo per trattarle. Se veramente positive sono, in qualche misura, anche consolidate. E non scappano mica.

La partita più complessa che stiamo per giocare è quella della riapertura dei tavoli negoziali. Complessa sotto tanti punti di vista. È difficile ma offre anche tante significative opportunità. Sta a noi giocarla bene. Non tutto dipende da noi. Ma la nostra parte la dobbiamo fare al meglio.

Nella riapertura del tavolo negoziale, la parte certamente più difficile è anche quella che in qualche misura è indipendente dalla nostra volontà: il finanziamento. Le risorse che il Governo, a seguito della discutibile, ancorché positiva, sentenza della Corte Costituzionale, ha inserito nella legge di stabilità per l'anno 2016, sono assolutamente insufficienti. I 300 milioni di euro stanziati per oltre 3 milioni di dipendenti pubblici sono una cifra ridicola.

Talmente ridicola che lo stesso Presidente del Consiglio, Renzi, l'ha dovuto ammettere.

Ma questa ammissione, da sola, non ci basta. Devono seguire i fatti. E i fatti li dobbiamo trovare nella legge di stabilità per l'anno 2017, che il Governo si appresta a presentare alle Camere.

I primi segnali sono, o meglio, sembrano essere negativi. Il Governo, per bocca del Ministro della Funzione Pubblica, Madia e dello stesso Presidente del Consiglio Renzi, ha

dichiarato che vuole mettere un po' di soldi per finanziare questo rinnovo contrattuale. Circolano già delle cifre. 2, 3 forse addirittura 4 miliardi di euro.

Una cifra del genere moltiplicherebbe per 10 il ridicolo stanziamento di 300 milioni di euro deciso per il 2016. Ipotizzando che davvero il Governo metta a disposizione 3 miliardi di euro, la cifra certamente non va a coprire, neppure in minima parte, il mancato rinnovo di ben due contratti di lavoro.

La riduzione del potere di acquisto dei salari, fermi da troppo tempo, è sotto gli occhi di tutti.

Il primo ostacolo è ritrovare nella legge finanziaria uno stanziamento tale per cui le OO.SS. possano sedersi al tavolo negoziale.

Eppure questo è solo il primo ostacolo. Trovare nella legge di stabilità, 2, 3 forse 4 miliardi di euro destinati al rinnovo dei Contratti nazionali di lavoro, non ci fa dormire sonni tranquilli.

Sulla strada del rinnovo del contratto ci aspettiamo ben altri ostacoli. Qualcuno molto più subdolo.

Nel Paese e quindi anche tra le forze politiche serpeggia un pensiero che potrebbe trasformarsi in proposta. Questo pensiero poggia su una pseudo filosofia sociale che è quella di un progressivo depauperamento, la cosiddetta "decrecita" che, per qualcuno, addirittura dovrebbe essere "felice".

Questa pseudo filosofia si trasforma, sostanzia e alimenta quella che può essere definita "invidia sociale", secondo la quale, chi sta meglio non è più un esempio o un modello da perseguire, ma un pericoloso antagonista da abbattere. Tutto ciò può incidere sul rinnovo contrattuale? Può in modo diretto e devastante.

Una volta approvata la legge finanziaria il Governo dovrà poi dare all'ARAN indicazioni per la ripartizione dello stanziamento, tra tutti i tavoli negoziali.

Questa ripartizione potrebbe riservare delle sgradevoli sorprese.

I 3 miliardi che il Governo dovrebbe stanziare per il rinnovo

vo dei contratti potrebbero essere utilizzati sulla falsariga degli 80,00 € dello scorso anno.

L'Invidia Sociale vorrebbe che i dirigenti che guadagnano tanto (dai 50.000,00 € in su) fossero esclusi dai benefici economici del rinnovo contrattuale.

Non a caso i 3 miliardi di € sono sufficienti a garantire gli 80,00 mensili a 3 milioni di dipendenti pubblici. L'effetto potenzialmente vincente sul piano elettorale di una tale operazione potrebbe allettare più di una forza politica. E in questo modo il Contratto di lavoro non sarebbe più lo strumento per governare le dinamiche salariali, ma diventerebbe, di fatto, un ammortizzatore sociale.

Catastrofismo? Forse. Ma a chi è attento ai movimenti, anche quelli impercettibili, della politica, non sono sfuggiti segnali che sembrano andare in questa direzione.

Non crediamo possa accadere, ma ci prepariamo a contrastare eventuali colpi di coda. In questo caso vale il motto "si vis pacem, para bellum".

Non a caso tutte le OO.SS. della Dirigenza sono sul piede di guerra. E non solo per questo motivo.

Superato questo scoglio inizia la trattativa vera e propria. Mai come questa volta, a fronte di difficoltà oggettive: finanziamento, area unica ecc. abbiamo strumenti nuovi. Tra questi c'è sicuramente la CODIRP, la Confederazione che abbiamo fortemente voluto, immaginata, costruita, sostanziata e che, nello scorso mese di luglio, abbiamo fatto riconoscere ufficialmente.

Nel panorama sindacale italiano è un'assoluta novità.

Per la prima volta nella storia del sindacalismo gli Psicologi si siederanno ai tavoli negoziali anche in qualità di Dirigenti Sindacali Confederali. Ma c'è di più. Parteciperemo ai tavoli delle trattative dove siedono solo le Confederazioni. È una grande opportunità. Ed è una scommessa che dobbiamo vincere.

La scommessa di un tavolo unico con la dirigenza medica; la necessità di incorporare i fondi contrattuali tra dirigenza Sanitaria e dirigenza PTA; necessità di armonizzare questo scorporo visto che sarà oggetto di regolamentazione in

due distinti contratti; ripartizione delle somme stanziare per il rinnovo contrattuale ecc.

Ma questa è materia sulla quale abbiamo qualche voce in capitolo e faremo sentire la nostra voce.

Questo Contratto, una volta firmato, sarà e resterà il canovaccio per molti anni a venire ed è per questo motivo che dovremmo mettercela tutta e portare a casa condizioni favorevoli sul piano normativo senza dimenticare che, senza risorse economiche sufficienti, la discussione sulla parte normativa non inizia neppure.

Corollario di questo Contratto è il nuovo assetto con la nuove Aree di contrattazione e con la effettiva e definitiva discesa in campo della FASSID. Tutto ciò implica una immediata attivazione delle strutture territoriali FASSID, sapendo bene che le regole statutarie impongono uno sforzo di condivisione importante tra tutte e cinque le componenti FASSID.

Lo Statuto FASSID è chiaro: nessun organo nazionale e territoriale/aziendale può assumere decisioni se non condivise all'unanimità. È una regola imperativa che potrebbe apparire paralizzante. In realtà è l'unica che obbliga tutti noi a trovare una sintesi tra posizioni di partenza potenzialmente diverse. Siamo obbligati a trovare una sintesi ed un accordo e non ci sono scappatoie. Per nessuno.

L'area unica della Dirigenza Medica e Sanitaria modifica anche i rapporti di forza. La platea di riferimento è molto più ampia rispetto a quella alla quale siamo abituati a partire dal contratto stipulato nel 1996.

Dobbiamo tornare alle origini del nostro Sindacato, quando, negli anni '80 il tavolo negoziale al quale sedevamo era composto da una platea molto più ampia di quella attuale. In quegli anni sedevamo ad un tavolo negoziale che riguardava oltre 500.000 lavoratori e la nostra percentuale di rappresentanza era estremamente ridotta.

Eppure abbiamo ottenuto risultati importanti. È vero che è cambiato il contesto, soprattutto quello economico. Ma resta un punto, questa nuova sfida che ci attende non è impossibile da vincere.

Ci vuole voglia di lottare, di credere nel futuro degli Psicologi nel SSN e ci vogliono i numeri. E i numeri ci dicono che ci sono circa 3.000 Psicologi, dipendenti del SSN, che non sono iscritti all'AUPI.

Per far fare all'AUPI e alla FASSID un salto di qualità di inestimabile valore "politico" sarebbe sufficiente iscrivere il 10% (300) dei 3.000 Psicologi dipendenti non iscritti. È un obiettivo assolutamente alla nostra portata. A condizione che...

A condizione che tutti noi, dirigenti sindacali AUPI e iscritti, si continui a credere nel futuro della Psicologia in Sanità. Si continui a credere che la Psicologia debba continuare ad esistere anche dopo di noi. Che la Psicologia in Sanità non andrà in pensione con noi. Che la Psicologia è importante per gli Psicologi, ma lo è molto di più per i cittadini.

Non riusciremo ad iscrivere il 10% (300) dei 3.000 Psicologi che ancora non sono iscritti all'AUPI se il nostro orizzonte è quello personale e che si traduce in: *"quanto tempo mi resta prima di andare in pensione?"* o peggio *"perché dovrei interessarmi di ciò che accadrà alla Psicologia nel mio Servizio quando sarò andato in pensione?"*

Se questo dovesse essere il nostro atteggiamento, allora davvero non ci sarà futuro per la Psicologia. Sarebbe assolutamente innaturale. In natura ogni specie è portata a prendersi cura dei propri cuccioli perché da questo discende la salvaguardia della specie.

È vero che i tempi sono propensi a valorizzare, oltre ogni ragionevole misura, l'egoismo personale. Ma noi non siamo così. Gli Psicologi, anche per formazione personale, non devono essere così.

Non siamo così, non possiamo essere così perché la società, i cittadini, le istituzioni, si aspettano molto dagli Psicologi e dalla Psicologia.

La recente approvazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e del Nomenclatore Tariffario, dimostrano, in modo inequivocabile, quale e quanta importanza ha assunto la Psicologia nel campo della Salute.

La lettura dei nuovi LEA ci dice quanta è vasta e ampia la domanda di prestazioni psicologiche e di come questa domanda si possa trasformare in lavoro per i giovani Psicologi.

La nostra generazione ha fatto e sta facendo molto. Abbiamo costruito una casa, partendo dalle fondamenta. Oggi è diventata una "bella casa". Non vorremmo mica farla andare in rovina solo perché non ci abiteremo (pensionamento) più noi?

Anche perché dopo aver raggiunto questi risultati abbiamo la necessità, quasi urgenza, di consolidarli. Le Istituzioni e i cittadini si aspettano molto dalla Psicologia e ci chiedono sempre più spesso di intervenire.

Ma ci chiedono anche certezze. Non è ipotizzabile mettere in campo migliaia di modalità di intervento per affrontare lo stesso problema. I cittadini devono sapere, vogliono sapere come interveniamo e le Istituzioni, che sono i nostri committenti devono garantire, tramite nostro, gli stessi servizi, le stesse offerte e identiche prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Come Categoria e Professione abbiamo necessità di coniugare il sacrosanto principio dell'autonomia professionale di ciascun Dirigente/Professionista con l'altrettanto sacrosanto diritto del nostro datore di lavoro di verificare l'efficacia delle nostre prestazioni e l'impatto economico delle stesse. Identico discorso vale per quanto riguarda il Tariffario delle nostre prestazioni nei servizi sanitari.

Per ciascuna prestazione il Ministero della Salute ha fissato una tariffa. Queste tariffe richiedono un adeguamento. Questo è un compito che le altre professioni e le altre branche specialistiche assolvono in autonomia, fornendo al Ministero la "valorizzazione economica" delle singole variabili che intervengono e compongono la prestazione.

È un lavoro difficile e complesso che dobbiamo iniziare a svolgere. Non è, o meglio non sarebbe, compito di un Sindacato lavorare su questi tempi. Ma qualcuno deve pur iniziare.

E questo lavoro lo dobbiamo portare a termine anche nell'interesse dei giovani libero professionisti. Non è un lavoro che ci compete ma abbiamo già iniziato a lavorare per migliorare le nostre posizioni. Abbiamo già chiesto al Ministero della Salute, tramite la FISM, alla quale aderisce la FISP e Form-AUPI: a) un incremento economico delle tariffe delle nostre prestazioni; b) l'inserimento nel Nomenclatore di ulteriori prestazioni esclusive per le branche di Psicologia e Psicoterapia.

La recente pubblicazione del "Decreto Parametri" individua una valorizzazione economica (tariffe) delle prestazioni professionali degli Psicologi. Anche in questo caso l'individuazione di queste "tariffe" è stata fatta dal Ministero su proposta del CNOP. Se vogliamo che questa valorizzazione economica sia più gratificante, che le tariffe di riferimento siano aumentate, se vogliamo che vengano prese in considerazione anche altre prestazioni professionali, se vogliamo tutto ciò, dobbiamo metterci nelle condizioni di argomentare in modo assolutamente oggettivo le nostre richieste.

Le tariffe individuate nel Decreto Parametri sono state calcolate sulla base della "consuetudine". Su quanto mediamente gli Psicologi libero professionisti fatturano per singola prestazione. Per modificare le tariffe non è più sufficiente la "consuetudine". I nostri committenti ci chiedono ben altro.

### RIFORMA COSTITUZIONALE SI/NO

Per finire, non si può non dire qualcosa sul prossimo Referendum di riforma costituzionale.

L'AUPI non ha mai dato indicazioni di voto e non lo farà neppure questa volta. Ognuno di noi, in quanto libero cittadino, sulla base delle proprie convinzioni esprimerà, se lo ritiene, il proprio voto.

Mi limito a sottolineare quella parte della riforma della Costituzione che riguarda la Sanità.

Oggettivamente è un gran passo in avanti. È una opportuna e doverosa limitazione allo strapotere delle Regioni le quali, tra l'altro hanno dimostrato di non saper gestire un servizio come la Sanità. E le Regioni che hanno funzionato, hanno comunque contribuito a creare un deficit pauroso. È dal 2001, che, su queste stesse pagine, si elencavano i rischi di una riforma del Titolo V della Costituzione e che assegnava alla Regioni, "mano libera" nella gestione della Sanità.

I timori si sono rivelati reali. Oggi c'è la possibilità, finalmente, di togliere una parte significativa di questo potere alle Regioni.

Non vuole essere un'indicazione di voto, ma uno spunto ulteriore di valutazione assolutamente nello spirito di una felice intuizione di Luigi Einaudi: Conoscere per Deliberare.

## Salute mentale per minori e adulti - Consultorio Familiare - Dipendenze, ecc. Modalità di accesso

Rinaldo Perini



Nell'ambito dei lavori del Tavolo tecnico sulla Psicologia si è affrontato il tema se le prestazioni dei servizi territoriali ad accesso diretto dove operano prevalentemente gli Psicologi necessitino di prescrizione e di conseguente pagamento del Ticket in caso di non esenzione.

Il quesito trova il suo fondamento nel Mattone 2 Approvato da Cabina di Regia16/05/2007 che ha per oggetto: "Classificazione delle prestazioni ambulatoriali Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN. Come si desume dal testo del punto 4.1 Cosa è "assistenza specialistica ambulatoriale" che alla lettera b. Esclusione" esclude:

- le prestazioni che, per quanto presenti nel DM 22.7.1996 o nei nomenclatori regionali, sono chiaramente riconducibili ad altri livelli essenziali di assistenza, ed in particolare:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, con specifico riferimento alla profilassi delle malattie infettive e parassitarie ed alle attività di prevenzione rivolte alla persona (programmi di diagnosi precoce);

- Assistenza distrettuale, con specifico riferimento alla assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare nonché alla assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale;

- Assistenza ospedaliera, con specifico riferimento alle prestazioni terapeutiche e riabilitative nonché alle attività di diagnostica strumentale e di laboratorio condotte durante un episodio di ricovero, ed alle attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti.

Formulando le seguenti motivazioni:

*Si è condiviso che le prestazioni presenti nel nomenclatore, quando erogate nel contesto dei tre citati livelli di assistenza non debbano far parte del livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale.*

*Pertanto, si ritiene che prestazioni afferenti ad altri livelli assistenziali dovranno trovare collocazione altrove (ad esempio in altri nomenclatori) e che la stessa prestazione può comparire con le medesime caratteristiche anche in più di un nomenclatore.*

*A volte però, la prestazione solo in apparenza può risultare analoga. Si pensi, ad esempio, al caso delle attività di prevenzione del tumore della mammella, dove è necessario distinguere la situazione in cui una assistita accede individualmente e volontariamente ad una prestazione di mammografia ed un'altra assistita accede alla stessa prestazione perché inserita in un programma organizzato di screening: si tratta, evidentemente, della stessa prestazione, ma in realtà nel primo caso si ha a che fare con una semplice prestazione che può essere ricondotta al livello di assistenza specialistica ambulatoriale, mentre nel secondo caso si tratta di una prestazione molto più complessa soprattutto perché prevede un insieme di attività organizzative associate alla conduzione dello screening e pertanto la prestazione deve essere ricondotta al livello essenziale della assistenza collettiva.*

*d. Luogo di erogazione. Si è convenuto che non è strettamente importante il luogo fisico nel quale avviene la ero-*

gazione della prestazione (un ambulatorio ovvero, ad esempio, la casa del paziente) ma che la stessa sia riconducibile al livello "assistenza specialistica ambulatoriale". Esemplari, in proposito, possono essere l'attività ambulatoriale "rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza" oppure l'attività ambulatoriale svolta in strutture residenziali e semiresidenziali e "rivolta alle persone con problemi psichiatrici": pur essendo l'ambulatorio il luogo di erogazione di tali attività ed essendo le attività stesse elencate nel nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, si tratta di attività non ascrivibili a questo livello bensì, le prime, ricomprese nel livello "assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare" e le seconde, nel livello "assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale".

Viceversa, una prestazione ambulatoriale (ad esempio, una visita, un esame cardiologico, ...) che per particolari condizioni di esecuzione viene svolta al di fuori dell'ambulatorio (a casa di un assistito impossibilitato a raggiungere l'ambulatorio) può rientrare nel livello "assistenza specialistica ambulatoriale" anziché nel livello "assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare".

e. Prescrivibilità. Si è ritenuto che fosse rilevante il concetto di prescrivibilità della singola prestazione o del gruppo di prestazioni, vale a dire che le prestazioni del livello "assistenza specialistica ambulatoriale" devono potere essere singolarmente prescritte sui ricettari del SSN (e conseguentemente valorizzate economicamente attraverso una tariffa) e non corrispondere, invece, ad una complessiva presa in carico del paziente che può tuttavia, tra altre attività, usufruire anche di prestazioni erogate in regime ambulatoriale. Ad esempio, si ritiene che, se esiste attività di presa in carico dell'assistito, circostanza nella quale le prestazioni (di qualsiasi branca specialistica) fanno parte di un percorso a priori non completamente definito, di durata non predeterminata, difficilmente rappresentabili in

termini di specifica prescrizione, con caratteristiche anche di multidisciplinarietà, vengono a mancare i requisiti che identificano l'appartenenza al livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale, e pertanto tali prestazioni dovranno afferire alla assistenza territoriale. Viceversa, le prestazioni ambulatoriali di psichiatria per le quali l'assistenza si esaurisce in una o più di una prestazione definita a priori, di durata predeterminata, prescrivibile su ricettario, rientrerebbero nell'ambito della assistenza specialistica ambulatoriale.

f. Le prestazioni dei professionisti non medici. Le prestazioni attualmente presenti nel nomenclatore nazionale e nei nomenclatori regionali sono quasi esclusivamente riconducibili alle attività svolte dal medico (direttamente o sotto la sua responsabilità), ma le attività sanitarie che possono essere comprese nella assistenza specialistica ambulatoriale possono includere anche prestazioni svolte da altri professionisti come infermieri, ostetriche, dietisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi, etc. Si è condiviso che le prestazioni svolte da tali professionisti in conformità alle caratteristiche del livello di assistenza specialistica ambulatoriale debbano essere considerate appartenenti a tutti gli effetti al livello stesso. Per dare seguito a questa indicazione occorre affrontare tre tipologie di problemi: la identificazione esplicita delle prestazioni da includere, per le quali occorrerà tenere conto di quanto stabilito dagli albi delle relative professioni; la indicazione del soggetto che effettua la prescrizione nonché le modalità prescrittive (quali ricettari, quali regole di compilazione della prescrizione); la previsione di tali prestazioni all'interno di un unico nomenclatore ovvero la predisposizione di nomenclatori specifici.

Il Sottosegretario di Stato, Vito De Filippo ha inviato alla Direzione generale della programmazione sanitaria, al Direttore generale: dott. Renato Alberto Mario Botti la nota che pubblichiamo, richiedendo una interpretazione sulle modalità di accesso ai servizi territoriali.



*Ministero della Salute*  
IL SOTTOSEGRETARIO DI STATO

Roma, 19 luglio 2016

Proi. n° 98/SS/2016

Caro Renato,

dai lavori del Tavolo tecnico sulla Psicologia è emerso che in molti servizi territoriali ad accesso diretto, di norma dove insistono dirigenti psicologi (DSM, TSEMREE, Consultori...) le Aziende sanitarie richiedono per l'erogazione delle prestazioni sanitarie sia la prescrizione della ricetta del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta che il pagamento del ticket, qualora non esente.

Dai colloqui che esperti del suddetto Tavolo hanno svolto con i tuoi Uffici, appare questa modalità, consolidata in molte realtà locali, non corretta se non illegittima, non essendo questi servizi attività di specialistica ambulatoriale, per i quali appunto si richiede prescrizione medica e pagamento del ticket, bensì strutture e servizi territoriali, al pari di quelle ospedaliere, ad accesso diretto da parte dei cittadini.

Questa circostanza costringe molti appartenenti a fasce sociali ed economiche disagiate a rinunciare a tali cure, tra l'altro per modalità imposte che sembrerebbe non corrette.

Per dare la corretta interpretazione a tale modalità di accesso ai servizi territoriali, ti allego il quesito condiviso da tutti gli esperti componenti il Tavolo della Psicologia, al quale ti sarei grato se potessi fornire una risposta.

Cordiali saluti

Vito De Filippo



Il Tavolo tecnico sulla Psicologia, istituito presso il Ministero, tra le numerose tematiche, ha in corso l'esame delle problematiche relative alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza e al di fuori dei LEA.

A tal proposito, ed a titolo esemplificativo, si allega una delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, tra le tante, con la quale è approvato il tariffario aziendale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate al di fuori dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Premesso che:

- ai sensi del D.Lgs. n. 501/92 e s.m.i. le Aziende Sanitarie possono erogare prestazioni al di fuori delle condizioni di derogabilità definite dalla cornice normativa di identificazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- a tal fine le Aziende Sanitarie devono predeterminare i costi di tutti i fattori produttivi impiegati per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi, facendo ricadere i relativi oneri a carico del cittadino richiedente.
- i cittadini possono fruire delle prestazioni e servizi al di fuori della erogabilità così come prevista dai Livelli Essenziali di Assistenza con oneri a proprio carico attraverso l'utilizzo della ricetta "bianca".

Alla richiamata deliberazione della ASP di Catanzaro è allegato il nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale comprensivo dell'elenco delle prestazioni, del codice per ciascuna prestazione, della tariffa prevista dal nomenclatore nazionale e della "tariffa bianca" che identifica le prestazioni erogate al di fuori dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Considerato:

- che il fine ultimo delle Aziende Sanitarie è quello di garantire ai cittadini l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sia attraverso l'erogazione diretta delle prestazioni e dei servizi, sia previa acquisizione di prescrizione su ricettario SSN, sia attraverso identificate procedure autorizzative;
- che l'erogazione delle prestazioni e dei servizi in regime di ricovero può ritenersi consolidata nelle procedure che, a titolo esemplificativo, sono inquadrate all'interno del percorso assistenziale che inizia con l'apertura della cartella clinica e termina con la chiusura della stessa;
- che i percorsi assistenziali territoriali non risultano altrettanto definiti;
- che in molte Aziende Sanitarie l'assistenza sanitaria territoriale è identificata, erroneamente, con il sublivello di assistenza specialistica ambulatoriale;

-che l'accesso alle prestazioni erogabili dai Livelli Essenziali di Assistenza all'interno di un percorso assistenziale territoriale, che inizia con la presa in carico e l'apertura della cartella clinica e termina con la chiusura della stessa, in molte Aziende Sanitarie prevede, per ciascuna prestazione o ciclo di prestazioni (interno al livello di assistenza territoriale), la prescrizione su ricettario SSN come se si trattasse dell'erogazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale al di fuori di un percorso assistenziale territoriale. Per fare un paragone è come se, all'interno di un ricovero ospedaliero, ogni singola prestazione/analisi/servizio prestato, dovesse essere soggetta a prescrizione su ricettario del SSN.

La diversa procedura di erogazione delle prestazioni:

a) all'interno del percorso assistenziale in regime di ricovero;

b) all'interno del percorso assistenziale territoriale;

oltre a determinare una diversità di trattamento per gli utenti con oneri aggiuntivi ingiustificati e non previsti dalle norme a seconda che si tratti di assistenza in regime di ricovero o territoriale, lede il diritto di ampie fasce di popolazione, soprattutto le fasce deboli, ad usufruire del diritto ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre la diversità di trattamento tra assistenza in regime di ricovero e quella più onerosa dell'assistenza territoriale spinge gli utenti a richiedere il trattamento e le cure in regime di ricovero, meno oneroso per i cittadini, ma estremamente oneroso per la collettività.

A tal fine si chiede di chiarire le modalità di erogazione delle prestazioni e dei servizi ricompresi nei Livelli di Assistenza Essenziali di Assistenza relativi a:

-Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

-Assistenza distrettuale;

-Assistenza ospedaliera.

Si chiede inoltre di specificare all'interno del livello di Assistenza distrettuale le modalità di erogazione di prestazioni e servizi nei sub livelli:


a) assistenza sanitaria di base;

b) attività di emergenza sanitaria territoriale;

c) assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare;

d) assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale e le modalità di accesso al sub livello –assistenza specialistica ambulatoriale.

AA. GG. n° 470 del 30/05/2016




**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**REGIONE CALABRIA**

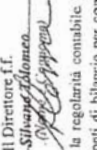
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
 CATANZARO


**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**  
 Dott. Giuseppe PERRI

(D.P.G.R. n° 2 del 12 gennaio 2016)  
 N° 408 del 30/05/2016

**OGGETTO:** Approvazione tariffario aziendale per le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate al di fuori dei Livelli Essenziali di Assistenza.

**FIRMA:**  (Nome Cognome)

**FIRMA:**  Il Direttore, f.f. **Dr. Silvano Polonca**

**FIRMA:**  Il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie attesta la regolarità contabile della presente proposta di deliberazione ed annota i relativi valori sui competenti conti di bilancio per come di seguito specificato:

- per €	Sul conto	Bilancio
- per €	Sul conto	Bilancio

**PARERI**

Parere del Direttore Amm.vo: Favorevole  / Contrario

Parere del Direttore Sanitario: Favorevole  / Contrario

**SI ATTESTA**

Che la presente deliberazione:

- è stata pubblicata all' albo pretorio in data odierna e vi rimarrà per quindici giorni;
- è stata trasmessa al Collegio Sindacale in data odierna;
- è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci in data odierna con nota prot. n° \_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti dell'art. 12, comma 4, della legge regionale 23 dicembre 1996, n° 43;
- è stata trasmessa alla Regione Calabria per il controllo preventivo di legittimità in data odierna con nota prot. n° \_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 2, della legge regionale 19 marzo 2004, n° 11, e s.m.i.

Catanzaro, li 1 GIU. 2016


**IL DIRETTORE**  
**U.O. AFFARI GENERALI**  
 Dott.ssa Giuliana Giuffrè

**SI ATTESTA**

- Che la presente deliberazione non è soggetta a controllo preventivo di legittimità ed è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 10, comma 7, della legge regionale 22 gennaio 1996, n° 2.
- Che la presente deliberazione, sottoposta a controllo preventivo di legittimità,
  - è divenuta esecutiva in data \_\_\_\_\_ per decadenza del termine di cui all'art. 13, comma 2, della legge regionale 19 marzo 2004, n° 11.
  - è stata approvata dalla Regione Calabria con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
  - è stata annullata dalla Regione Calabria con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Catanzaro, li 1 GIU. 2016

**IL DIRETTORE**  
**U.O. AFFARI GENERALI**  
 Dott.ssa Giuliana Giuffrè

<p><b>Premesso che</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mission delle aziende sanitarie è quella di garantire ai cittadini l'erogazione dei livelli essenziali assistenza sia attraverso l'erogazione diretta di prestazione/servizi, sia previa acquisizione di prescrizione su ricetta SSN, sia attraverso identificate procedure autorizzative;</li> <li>• Ai sensi del D. L.vo 502/92 e s.m.i. alle stesse aziende sanitarie è data facoltà di erogare prestazioni al di fuori delle condizioni di erogabilità definite dalla cornice normativa di identificazione di livelli essenziali di assistenza, facendo comunque ricadere i relativi oneri a carico del cittadino e comunque a condizione di aver predeterminato i costi dei differenti fattori produttivi impiegati per rendere possibile l'erogazione delle medesime prestazioni/servizi;</li> <li>• Questa azienda ha provveduto alla stima di tali fattori relativamente alle prestazioni afferenti al sublivello di assistenza specialistica ambulatoriale così per come determinati nell'allegata tabella che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;</li> <li>• Alla luce di quanto predetto e per offrire ai cittadini la possibilità di fruire, con oneri a proprio carico, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale al di fuori delle richiamate condizioni di erogabilità, attraverso l'utilizzo della ricetta "bianca" si definiscono i seguenti criteri di erogabilità da applicarsi in uno al richiamato <i>tariffario aziendale</i>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Tariffa di cui all'allegato tariffario aziendale e con un incremento pari a 10 €/ricetta con un limite massimo di prescrivibilità di 8 prestazioni/ricetta;</li> </ul> </li> </ul>	<p>Vista la circolare ministeriale n°3012 - P - 25/03/2016 (<i>Prime indicazioni attualmente necessarie per l'applicazione del DM 9 dicembre 2015</i>)</p> <p>Per i motivi espressi in premessa;</p> <p style="text-align: center;"><b>IL DIRETTORE GENERALE</b></p> <p>Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, per quanto di rispettiva competenza;</p> <p style="text-align: center;"><b>DEUBERA</b></p> <p>Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono ripetute e confermate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvarsi il tariffario aziendale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, ed i correlati criteri di accesso alle prestazioni di che trattasi con l'utilizzo del ricettario bianco per come di seguito indicato:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tariffa di cui al tariffario aziendale con incremento pari a 10 €/ricetta;</li> <li>• Condizioni di erogabilità: numero massimo di prestazioni/ricetta pari a 8</li> </ul> </li> <li>• Trasmettersi il presente atto ai Direttori sanitari di Presidio, ai Direttori dei Distretti sociosanitari, al Direttore del dipartimento di Salute Mentale, al Responsabile dell'Ufficio CUP cui è direttamente demandata la competenza di modificare il sistema di prenotazione/discossione in modalità coerenti con quelle definite con il presente atto, al Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.</li> </ul>
<p>Ritenuto di</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dover allo stato escludere dal novero delle prestazioni così erogabili quelle afferenti alla branca di odontoiatria, nelle more della preventiva regolamentazione di livello regionale invocata dal medesimo allegato 3 del DM 09/12/2015;</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>IL DIRETTORE GENERALE</b> - Dott. Giuseppe PERRI - </p>

## Tavolo tecnico sulla Psicologia: Prestazioni specialistiche ambulatoriali

CODICE	TARIFFA	Descrizione Intera	TARIFFA BIANCA
93.71.1	8,42	TRAINING PER DISLESSIA.Per seduta individuale (ciclo	18,61
93.71.2	2,07	TRAINING PER DISLESSIA.Per seduta collettiva (max 5	4,57
93.71.3	8,42	TRAINING PER DISCALCULIA.Per seduta individuale (c	18,61
93.71.4	2,07	TRAINING PER DISCALCULIA.Per seduta collettiva (ma	4,57
93.72.1	8,42	TRAINING PER DISFASIA. Per seduta individuale (ciclo	18,61
93.72.2	2,07	TRAINING PER DISFASIA.Per seduta collettiva (max 5	4,57
93.78.1	8,42	RIABILITAZIONE DEL CIECO.Terapia delle attività della	18,61
93.78.2	2,07	RIABILITAZIONE DEL CIECO. Terapia delle attività dell	4,57
93.82.1	4,39	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO.Per seduta li	9,70
93.82.2	1,08	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO. Per seduta	2,39
93.83	4,39	TERAPIA OCCUPAZIONALE.Terapia delle attività della	9,70
93.83.1	1,08	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Per seduta collettiva (max	2,39
93.89.1	8,73	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFA	19,29
93.89.2	8,42	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione fur	18,61
93.89.3	2,07	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI.Riabilitazione funi	4,57
93.91	5,84	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENT	12,91
93.94	1,55	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMISTRATO PER M	3,43
93.95	82,63	OSSIGENO IPERBARICA.Per seduta.	182,61
93.99	8,21	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE.Drenaggio postura	18,14
93.99.1	7,75	BRONCOINTILLAZIONE.Per seduta.	17,13
94.01.1	9,71	SOMMANISTRAZIONE DI TEST D'INTELLIGENZA	21,46
94.01.2	15,49	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO C	34,23
94.02.1	5,84	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Mem	12,91
94.02.2	5,84	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	12,91
94.08.1	5,84	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECU	12,91
94.08.2	5,84	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO S	12,91
94.08.3	7,75	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PER	17,13
94.08.4	27,11	ESAME DELL'AFASIA.Con batteria standardizzata (Bos	59,91
94.08.5	5,84	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE.	12,91
94.08.6	5,84	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELL	12,91
94.09	19,37	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	42,81
94.12.1	12,91	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO.Visita neuropsic	28,53
94.19.1	19,37	COLLOQUIO PSICHIATRICO.	42,81
94.3	19,37	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE.	42,81
94.32	15,49	IPNOTERAPIA.Ipnosi.Incluso: Ipnosi per analgesia.	34,23
94.42	23,24	PSICOTERAPIA FAMILIARE.Per seduta.	51,36
94.44	9,71	PSICOTERAPIA DI GRUPPO.Per seduta e per partecipa	21,46
95.01	13,27	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO. Esame dell'occhio coi	29,33
95.02	20,66	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO.Visita oculistica,	45,66
95.03.1	58,10	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE.	128,40
95.05	16,78	STUDIO DEL CAMPO VISIVO.Campimetria, perimetria	37,08
95.06	7,75	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE.Test di acuità	17,13
95.07	7,75	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO.	17,13
95.07.1	7,75	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO.	17,13
95.09.1	7,75	ESAME DEL FUNDUS OCULI.	17,13
95.09.2	7,75	ESOFALMOMETRIA.	17,13
95.09.3	7,75	CHERATOESTESIOMETRIA.	17,13
95.11	3,87	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio.	8,55
95.11.1	3,87	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE.	8,55
95.12	46,48	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA (	102,72
95.13	19,37	ECOGRAFIA OCULARE. Ecografia. Ecobiometria.	42,81
95.13.1	38,73	PACHIMETRIA CORNEALE.	85,59
95.13.2	30,99	BIOMICROSCOPIA CORNEALE. Con conta cellule endo	68,49
95.15	15,49	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE.	34,23

### Il Piano per la Cronicità: una grande opportunità per gli Psicologi

David Lazzari



Il “Patto per la Salute” tra Governo e Regioni, concordato nel 2014, lega i temi economici – in sintesi la sostenibilità del SSN – ad un forte processo di innovazione.

I temi del Patto sono molti e vanno dall’organizzazione dei servizi a quella dell’approccio alle persone. Una sanità più attiva sul territorio, capace di lavorare in rete su obiettivi, di far collaborare le professioni in team, di intercettare i bisogni, di umanizzarsi. Basta vedere i titoli del Patto per rendersi conto: umanizzazione delle cure, assistenza territoriale, valorizzazione competenze professionali, distretto, piano nazionale cronicità, lotta al dolore, assistenza socio-sanitaria, LEA, piano nazionale prevenzione, ecc.

Queste potenziali novità sono state ben presenti all’AUPI e all’Ordine, che hanno promosso iniziative specifiche e avviato interlocuzioni con il Ministero della Salute, che – come è noto – hanno portato alla istituzione di un “Tavolo per la Psicologia” presso lo stesso Ministero, allo scopo di approfondire i temi di interesse della professione in relazione al Patto e non solo.

Ad esempio i LEA sono stati oggetto di un lungo processo di revisione, ora terminato al Ministero ma in attesa di un avallo formale da Regioni e MEF, nel quale gli aspetti ed interventi psicologici sono stati notevolmente ampliati tra le prestazioni ritenute “essenziali” in molte situazioni e contesti.

Il Piano per la Cronicità è un capito importante di questo discorso perché definisce ciò che il SSN vuol fare (che approccio, quali interventi, dove) per le malattie croniche, che – ricordiamolo – rappresentano da sole oltre il 70% della spesa sanitaria. Parliamo in particolare di diabete, patologie cardiovascolari, neurodegenerative, renali, respi-

atorie, artriti, rettocolite e Chohn. Questo Piano si affianca a quello per le malattie oncologiche, il diabete, le demenze e la salute mentale (PANSM) che sono già stati emanati.

Occupandomi da anni di questo campo ed in particolare di diabete avevo avuto modo di collaborare in passato su questo tema con il Ministero ed enti di ricerca, sia in relazione alle evidenze di efficacia degli interventi psicologici che di loro capacità di ridurre la spesa sanitaria e sociale assicurando una migliore gestione della patologia. Questi dati sono tornati utili per un documento che è stato inviato al Ministero lo scorso anno affinché gli aspetti psicologici fossero adeguatamente considerati nel Piano Cronicità, soprattutto dimostrando che con una Psicologia ben utilizzata si spende di meno e non di più.

Questo lavoro ha dato buoni frutti perché il Piano (reperibile su internet) adotta una visione molto familiare alla Psicologia (o in alcuni casi proveniente dalla Psicologia stessa: approccio sistemico e integrato, empowerment del paziente, ability to cope, centralità della comunicazione, delle relazioni, della capacità di costruire alleanza terapeutica. È vero che il tema della “persona al centro” lo abbiamo sentito tante volte, poco e male applicato, ma nel Piano questi sono declinati come obiettivi concreti con azioni e architettura organizzativa coerente e definita. Intendiamoci, potrebbe rimanere (almeno in parte) l’ennesimo “libro dei sogni” ma stavolta l’impianto non solo è di taglio molto operativo ma anche in linea con le esperienze più avanzate a livello internazionale e con schede di pianificazione dettagliate.

Dal Piano emerge chiaramente l’importanza degli aspetti psicologici – atteggiamenti, vissuti, comportamenti, rela-

zioni, ecc. – delle persone, siano i malati, i familiari o gli operatori, per una buona cura di queste patologie.

Anche se il Piano in genere parla di “team multidisciplinari” senza entrare nei dettagli, vi sono – ed ecco un’altra importante novità – molti richiami espliciti alla necessità degli interventi psicologici e della presenza della Psicologo, sia in relazione ai pazienti (adulti e minori), che dei familiari ed operatori.

Si parte dall’affermazione dell’importanza dello “stress psicologico” per queste persone (pag.9) alla affermazione che nelle “reti specialistiche multidisciplinari e team dedicati” (pag. 49) è compresa la figura dello psicologo.

Quando si passa dall’approccio comune ai piani specifici per le diverse patologie troviamo evidenziata come criticità in molti casi la carenza di Psicologi che indicata esplicitamente la necessità di sostegno psicologico per i pazienti ed i familiari in molte patologie (renali, Crohn, Parkinson, Respiratorie, Asma, endocrine, ecc.).

Si tratta quindi di un Piano che finalmente sdogana lo Psicologo come figura strategica nell’ambito di un approccio nuovo ed integrato alle situazioni di cronicità: ovviamente sta a noi valorizzarne tutte le implicazioni ma anche prepararci per onorare al meglio questa responsabilità.

L’impatto potenziale di questo Piano, come peraltro quello dei LEA, sulla presenza degli Psicologi nel sistema sanitario – e più in generale nel sistema di cura – è molto grande ma, in un sistema a risorse limitate e spesso mal utilizzate da condizionamenti storici, è molto legata alla nostra capacità di fare proposte credibili e di mettere in campo interventi appropriati e basati su evidenza ed efficacia costi-benefici.

I decisori si sono resi conto – dati alla mano – che continuare ad applicare alle persone con cronicità (ormai gran parte degli utenti del SSN) il modello di cura basato sulla malattia acuta, sul quale ancora si regge la Medicina e tutto il sistema, è anacronistico, perdente e soprattutto non più sostenibile. Seppure ancora timidamente (troppo per noi, ma finalmente!!) guardano alla Psicologia come

una risorsa per il cambiamento. Sta a noi convincerli che la Psicologia che funziona va gestita dagli Psicologi (anche se adeguate conoscenze servono a tutti, ma non può essere “delegata”) e che la loro maggiore presenza servirà a semplificare e non a complicare le cose.

Una Psicologia quale è anche delineata dal recente documento su “la Psicologia nel SSN” il cui lavoro editoriale è stato coordinato da chi scrive e che trovate sull’ultimo numero di “Link”, la rivista della FISP. In questi ultimi tempi, moltiplicando sforzi e sinergie, stiamo ottenendo molta attenzione e risultati, certamente sarà decisivo per continuare un adeguamento alle altre professioni sanitarie degli iter formativi e di ingresso negli studi.



*Ministero della Salute*

Comunicato stampa n. 89

Data comunicato: 22 luglio 2016

**Piano Nazionale della Cronicità: il Ministro Lorenzin trasmette il documento in Conferenza Stato-Regioni per l’approvazione definitiva.**

Il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha trasmesso in Conferenza Stato-regioni il “Piano Nazionale della Cronicità”, documento che, in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, disciplina le modalità di assistenza e tutela del crescente numero di pazienti affetti da malattie croniche.

Il fenomeno della cronicità ha una significativa portata nel Sistema sanitario ed è in progressiva crescita: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l’80% di tutte le patologie nel mondo.

Il Piano, che richiama autorevoli modelli internazionali,

prende le mosse dall'attuale contesto di riferimento, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione (in Italia la percentuale di "over 65" sul totale della popolazione è pari al 21,2%), dal conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche e dal permanere di differenze assistenziali nelle singole realtà regionali.

Ciò avviene, da un lato, mediante la definizione a livello nazionale di un "disegno strategico" per la gestione della cronicità, che le singole regioni potranno attuare sul proprio territorio in considerazione della propria storia, dei servizi e delle risorse disponibili; dall'altro, dettando linee di indirizzo su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici, quali: malattie renali croniche e insufficienza renale, artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva, rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn, insufficienza cardiaca, malattia di Parkinson e parkinsonismi, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e insufficienza respiratoria, insufficienza respiratoria in età evolutiva, asma in età evolutiva, malattie endocrine in età evolutiva e malattie renali croniche in età evolutiva.

In particolare, il Piano si pone l'obiettivo di influenzare la storia naturale di molte patologie croniche, non solo in termini di prevenzione, ma anche di miglioramento del percorso assistenziale della persona, riducendo il peso clinico, sociale ed economico della malattia. Tali obiettivi sono perseguibili e raggiungibili attraverso la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l'educazione e l'empowerment del paziente, nonché mediante la prevenzione delle complicanze, che spesso sono responsabili dello scadimento della qualità di vita della persona e che rappresentano le

principali cause degli elevati costi economici e sociali delle malattie stesse.

Il Piano fornisce, quindi, indicazioni per favorire:

- il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche;
- la continuità assistenziale, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia;
- l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare;
- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza";
- modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici.

Il Piano segna una svolta importante nell'approccio alla malattia: la persona diviene il centro del sistema di cure, grazie alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici che la inseriscono in un piano di assistenza il più possibile personalizzato; il paziente quindi non è più utente "passivo" delle cure, ma collabora attivamente alla gestione della sua condizione, arrivando a definire con l'equipe un percorso di cura che gli consenta di convivere con il suo quadro patologico e di 'fare fronte' alla patologia.



# Conferenza stampa di presentazione dei nuovi LEA del ministro della Salute Beatrice Lorenzin

(dal periodico telematico Regioni.it N° 2982 - 14/07/2016)

I nuovi LEA, una volta approvati, “permetteranno di erogare su tutto il territorio le stesse prestazioni già assicurate in alcune regioni”. E qualora fosse necessario aggiornarli, “non servirà aspettare 15 anni, sarà possibile farlo di continuo”.

Niente sanzioni per medici e libertà di prescrivere secondo necessità e coscienza, ma l'appropriatezza prescrittiva resta. È dietrofront sul decreto taglia-esami. Prevista nei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), la novità frutto di un lavoro condiviso tra ministero della Salute e professionisti, è stata annunciata sempre dal ministro della Salute Beatrice Lorenzin. “Sulle condizioni di erogabilità e appropriatezza si introduce un regime prescrittivo concordato con medici e società scientifiche basato sulla responsabilità”, ha spiegato Lorenzin. Con il dpcm sui nuovi Lea, che attende il via libera del Mef, viene infatti abrogato il Decreto pensato per limitare le prescrizioni inutili ma che, dalla sua presentazione, non aveva cessato di creare polemiche. “Nato con l'obiettivo di creare una cultura diversa che permettesse di responsabilizzare i professionisti nel prescrivere in modo appropriato, - ha spiegato Lorenzin - quel metodo applicato non ha dato i risultati sperati. Con i nuovi Lea frutto di un lavoro condiviso con i medici, abbiamo superato quel provvedimento”. “I nuovi Lea danno inizio ad un nuovo metodo di lavoro, che io vorrei rendere sistematico nell'approccio del ministero rispetto a molte questioni che riguardano il sistema sanitario nazionale, con una collaborazione sempre più stretta non solo dal punto di vista informale, ma anche formale, grazie ad appositi tavoli e strutture tra il dicastero, le associazioni dei medici e le società scientifiche.

Questo - ha spiegato il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin - per rafforzare il lavoro e renderlo attuale e attuabile, per offrire strumenti ai medici e agli operatori sanitari, per operare non solo in scienza e coscienza, ma anche a pieno titolo nei confronti dei propri pazienti, nello stesso momento offrendo ai cittadini un'ampia gamma di offerta sanitaria di

prestazioni che possano soddisfare le loro richieste e le loro domande di salute”

“Oggi presentiamo una serie di novità in merito a questo nuovo approccio metodologico di lavoro - ha proseguito - ma anche un manifesto preparato insieme alla presidente della Fnomceo Chersevani, che speriamo venga dato a tutti gli studi medici, che riguarda il decreto ministeriale appropriatezza sancendo un aspetto, che già avevamo concordato insieme, per informare correttamente tutti i cittadini. Questo manifesto ci consente di comunicare che il medico, nell'ambito dei compiti che gli sono attribuiti, potrà continuare a prescrivere tutto quanto riterrà necessario secondo le evidenze scientifiche e le regole previste dall'organizzazione del servizio sanitario nazionale. Tale manifesto vede la luce oggi perché con i nuovi Lea nel Dpcm noi superiamo di fatto il decreto appropriatezza, che ha vissuto una fase sperimentale in questo anno. Si introduce quindi un regime innovativo concordato con i medici e le società scientifiche, sia per le condizioni di erogabilità delle prescrizioni sia per le condizioni di appropriatezza”.

Con i nuovi Lea, ha aggiunto ancora Lorenzin, di fatto “si apre una nuova stagione - ha sottolineato - non soltanto per la somministrazione di nuove terapie e nuovi strumenti, ma anche perché segniamo un metodo di lavoro insieme alle categorie coinvolte. Abbiamo infatti la necessità di verificare sul campo come vengono applicati i Lea e come possono essere migliorati nel tempo. Finalmente i nuovi Livelli essenziali di assistenza sanciscono tre passi fondamentali per il sistema salute Italia: l'aggiornamento delle prestazioni, il nuovo nomenclatore e il nuovo piano nazionale vaccini. Su terapia e prevenzione si apre così una nuova stagione, che ha comunque necessità di essere monitorata: contemporaneamente all'approvazione dei Lea, infatti - ha concluso il ministro della Salute - ora abbiamo anche un osservatorio”. Tra le principali novità contenute nei nuovi Lea: l'aggiornamento del nomenclatore della specialistica ambulatoriale

(fermo al 1996) e l'aggiornamento del nomenclatore dell'assistenza protesica (fermo al 1999). Per quanto riguarda il primo punto, il nuovo nomenclatore "individua chiaramente tutte le prestazioni di Pma (Procreazione medicalmente assistita) - hanno spiegato - che saranno erogate a carico del Servizio sanitario nazionale (fino ad oggi erogate solo in regime di ricovero); rivede profondamente l'elenco delle prestazioni di genetica e, per ogni singola prestazione, fa riferimento ad un elenco puntuale di patologie per le quali è necessaria l'indagine su un determinato numero di geni; introduce la consulenza genetica, che consente di spiegare al paziente l'importanza e il significato del test al momento dell'esecuzione, le implicazioni commesse al risultato al momento della consegna del referto ed, eventualmente, di fornire allo stesso il sostegno necessario per affrontare situazioni spesso emotivamente difficili; introduce prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico (adroterapia) o di tecnologia recente (enteroscopia con microcamera ingeribile, radioterapia stereotassica)".

Per quanto riguarda invece il secondo punto, relativo all'assistenza protesica, il nuovo nomenclatore consentirà "di prescrivere ausili informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adatte per persone con gravissime disabilità) - hanno fatto sapere ancora nel corso della conferenza - apparecchi acustici a tecnologia digitale; attrezzature domotiche e sensori di comando e controllo per ambienti (allarme e telesoccorso; posaterie e suppellettili adatti per le disabilità motorie, barella adatta per la doccia, scooter a quattro ruote, carrozzine con sistema di verticalizzazione, sollevatori fissi e per vasca da bagno, dietro di sostegno nell'ambiente bagno (maniglioni e braccioli), carrelli servoscala per interni; arti artificiali a tecnologia avanzata e - hanno infine concluso - sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo".

Nei nuovi Lea ci sono novità per quanto riguarda l'elenco delle malattie croniche. Sono state introdotte sei nuove patologie esenti: sindrome da talidomide, osteomielite cronica, patologie renali croniche, rene policistico autosomico dominante, endometriosi negli stadi clinici moderato e grave, broncopneumonia cronica ostruttiva negli stadi clinico moderato, grave e molto grave. Vengono inoltre spostate tra le malattie croniche alcune patologie già esenti come malattie rare, come malattia celiaca, sindrome di Down, s. Klinefelter e connettiviti indifferenziate. Sono alcune delle novità contenute nei nuovi Lea, presentati oggi a Roma presso il ministero della Salute.

"Per la maggior parte delle malattie incluse nell'elenco hanno fatto sapere nel corso della conferenza stampa - sono individuate una serie di prestazioni fruibili in esenzione. Per alcune particolari malattie le prestazioni in esenzione non sono individuate puntualmente, in quanto le necessità assistenziali dei pazienti sono estese e variabili. In tal caso, per garantire una maggiore flessibilità assistenziale - hanno concluso - il medico le individuerà di volta in volta".

"Per quanto riguarda l'autismo, il nuovo schema di decreto recepisce in toto la Legge 134/2015, che prevede l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico". Lo ha annunciato oggi a Roma il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in occasione della presentazione dei nuovi Lea.

Per quanto riguarda l'integrazione nella vita sociale, è emerso dalla conferenza, viene promosso "il reinserimento e l'integrazione del minore mediante il raccordo dell'assistenza sanitaria con le istituzioni scolastiche e attraverso intervento sulla rete sociale formale e informale"; per quanto riguarda invece il coinvolgimento della famiglia, viene prestata attenzione "alla partecipazione attiva della famiglia, con interventi di sostegno, formazione ed orientamento ad essa dedicati, oltre che il coinvolgimento attivo nel percorso Terapeutico".

"Gli 800 milioni di euro stanziati dalla Legge di stabilità per l'aggiornamento dei nuovi Lea vengono allocati nei tre livelli assistenziali destinando 600 milioni per l'assistenza distrettuale (380 milioni per la specialistica e 153 milioni per le protesi) e 220 milioni per la prevenzione sanitaria (vaccini)". È quanto emerso oggi a Roma nel corso della conferenza stampa "I 20 milioni di euro aggiuntivi - hanno spiegato - derivano da un risparmio dovuto al trasferimento di prestazioni dell'assistenza ospedaliera ad altri ambiti assistenziali".

"Per l'aggiornamento periodico e continuo dei Livelli essenziali di assistenza è stata costituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea, con il compito di monitorarne costantemente il contenuto escludendo prestazioni, servizi o attività che divengano obsoleti e, analogamente, valutando di erogare a carico del Servizio sanitario nazionale trattamenti che nel tempo si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti". "L'obiettivo - è stato spiegato - è creare un Servizio sanitario nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche, oltre che con le esigenze dei cittadini".



### ***I nuovi livelli essenziali di assistenza***

#### L'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Il nuovo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri **sostituisce integralmente** il dPCM 29 novembre 2001, recante “Definizione dei Livelli essenziali di assistenza”.

Il provvedimento è stato predisposto in attuazione della legge di stabilità 2016 (articolo 1, commi 553 e 554, legge 28 dicembre 2015, n. 208), che ha stanziato ben **800 milioni di euro annui** per l'aggiornamento dei LEA.

Il nuovo schema di decreto è l'esito di un lavoro condiviso tra Stato, regioni e società scientifiche



*Ministero della Salute*

### Le principali caratteristiche del provvedimento

Il nuovo schema di decreto:

- definisce **le attività, i servizi e le prestazioni** garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale
- descrive con **maggiore dettaglio** e precisione prestazioni e attività oggi già incluse nei livelli essenziali di assistenza
- ridefinisce e aggiorna gli **elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti** che danno diritto all'esenzione
- innova i **nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica**, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete

## IL NUOVO NOMENCLATORE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

### Il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale

Il nuovo nomenclatore provvede al **necessario e atteso aggiornamento** del nomenclatore disciplinato dal decreto ministeriale 22 luglio 1996, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete.

---

Vengono introdotte **numerose procedure diagnostiche e terapeutiche** che nel 1996 avevano carattere quasi "sperimentale" oppure erano eseguibili in sicurezza solo in regime di ricovero, ma che oggi sono entrate nella pratica clinica corrente e possono essere erogate in ambito ambulatoriale.

---

### Il nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale

- individua chiaramente tutte le **prestazioni di procreazione medicalmente assistita (PMA)** che saranno erogate a carico del Servizio sanitario nazionale (fino ad oggi erogate solo in regime di ricovero)
- rivede profondamente l'**elenco delle prestazioni di genetica** e, per ogni singola prestazione, fa riferimento ad un elenco puntuale di patologie per le quali è necessaria l'indagine su un determinato numero di geni
- introduce la **consulenza genetica**, che consente di spiegare al paziente l'importanza ed il significato del test al momento dell'esecuzione, le implicazioni connesse al risultato al momento della consegna del referto ed, eventualmente, di fornire allo stesso il sostegno necessario per affrontare situazioni spesso emotivamente difficili
- introduce prestazioni di elevatissimo contenuto tecnologico (**adroterapia**) o di tecnologia recente (**enteroscopia con microcamera ingeribile**, radioterapia stereotassica)

## IL NUOVO NOMENCLATORE DELL'ASSISTENZA PROTESICA

### Il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica

UN AGGIORNAMENTO ATTESO DA PIU' DI  
15 ANNI: IL VIGENTE NOMENCLATORE  
DELLE PROTESI RISALE AL 1999

#### L'IMPORTANZA DELLA QUALITA'

nelle descrizioni degli ausili sono riportati **componenti innovative e criteri di qualità costruttiva**, al fine di scongiurare l'erogazione di ausili di scarsa qualità e con caratteristiche tecniche insufficienti

#### NUOVI DESTINATARI

sono inclusi tra i destinatari degli ausili protesici anche le **persone affette da alcune malattie rare e gli assistiti in assistenza domiciliare integrata**

#### MENO BUROCRAZIA

l'individuazione degli ausili avviene con un linguaggio semplice e immediato e le procedure di fornitura vengono semplificate e snellite

### Il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica

Il nuovo nomenclatore dell'assistenza protesica consentirà, tra l'altro, di prescrivere:

- **ausili informatici e di comunicazione** (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adattate per persone con gravissime disabilità)
- apparecchi acustici a **tecnologia digitale**
- **attrezzature domotiche e sensori di comando e controllo** per ambienti (allarme e telesoccorso)
- posaterie e suppellettili adattati per le disabilità motorie, **barella adattata per la doccia**, scooter a quattro ruote, **carrozine con sistema di verticalizzazione**, carrozzine per grandi e complesse disabilità, sollevatori fissi e per vasca da bagno, sistemi di sostegno nell'ambiente bagno (maniglioni e braccioli), **carrelli servoscala per interni**
- **arti artificiali a tecnologia avanzata** e sistemi di **riconoscimento vocale** e di **puntamento con lo sguardo**

## ALTRE FONDAMENTALI NOVITA'

### Revisione dell'elenco delle malattie rare

Il provvedimento prevede un consistente ampliamento dell'elenco delle malattie rare, realizzato mediante **l'inserimento di più di 110** nuove entità tra **singole malattie rare** e **gruppi di malattie**.

Ad esempio, sono inserite nell'elenco:

- la sarcoidiosi;
- la sclerosi sistemica progressiva;
- la miastenia grave.



Le prestazioni concernenti le malattie rare sono erogate in regime di esenzione.

Sono stati opportunamente **mantenuti i codici di esenzione già adottati**, al fine di evitare ulteriori disagi ai pazienti e non rendere più difficoltose le procedure amministrative

### Revisione dell'elenco delle malattie croniche

Importanti revisioni sono apportate anche all'elenco delle malattie croniche.

Ad esempio:

- sono introdotte **sei nuove patologie esenti**: sindrome da talidomide, osteomielite cronica, patologie renali croniche, rene policistico autosomico dominante, endometriosi negli stadi clinici "moderato" e "grave", broncopneumopatia cronico ostruttiva negli stadi clinici "moderato", "grave" e "molto grave"
- vengono **spostate tra le malattie croniche alcune patologie già esenti come malattie rare**, quali: malattia celiaca, sindrome di Down, s. Klinefelter, connettiviti indifferenziate

Per la **maggior parte** delle malattie incluse nell'elenco sono individuate una serie di prestazioni fruibili in esenzione.

Per **alcune particolari malattie** le prestazioni in esenzione non sono individuate puntualmente in quanto le necessità assistenziali dei pazienti sono estese e variabili. In tal caso, per garantire una maggiore flessibilità assistenziale, il medico le individuerà di volta in volta.

### Focus: i vaccini e lo screening neonatale

#### I VACCINI

- introduzione di **nuovi vaccini** (come: anti-Papillomavirus, anti-Pneumococco, anti-Meningococco)
- estensione a **nuovi destinatari** (ad esempio, per il Papillomavirus il vaccino viene erogato anche agli adolescenti maschi)

#### LO SCREENING NEONATALE

- introduzione dello screening neonatale per la **sordità congenita** e la **cataratta congenita**
- estensione a tutti i nuovi nati dello screening neonatale esteso per le **malattie metaboliche ereditarie**

### Focus: l'endometriosi

In Italia si stimano circa **3 milioni di casi di endometriosi**.

La diagnosi arriva spesso dopo un percorso lungo e dispendioso, il più delle volte vissuto con gravi ripercussioni psicologiche per la donna.

---

Viene previsto l'inserimento dell'endometriosi **nell'elenco delle patologie croniche ed invalidanti**, negli stadi clinici "moderato" e "grave". Di conseguenza, si riconosce alle pazienti il diritto ad usufruire in esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo. Si stimano circa 300.000 esenzioni.

---

### Focus: la celiachia

La celiachia diviene, da malattia rara, una **malattia cronica**.

Ciò in quanto il percorso diagnostico di tale patologia non risulta, ad oggi, tortuoso, lungo e oneroso come avviene per i malati rari.



sono mantenute **in esenzione tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale** comprese nei LEA, utili al monitoraggio della patologia e alla prevenzione delle complicanze e degli eventuali aggravamenti



come per tutte le malattie croniche è sufficiente una **certificazione di malattia** redatta da uno specialista del Servizio sanitario nazionale per ottenere il nuovo attestato di esenzione



Viene mantenuta la disciplina della concessione degli alimenti ai celiaci

### Focus: i disturbi dello spettro autistico

Il nuovo schema di decreto recepisce la legge n. 134 del 2015, che prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza per la diagnosi precoce, la cura e il trattamento individualizzato dei disturbi dello spettro autistico.

#### QUALITA' DELL'ASSISTENZA

è previsto nel percorso di diagnosi, cura e trattamento l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili

#### INTEGRAZIONE NELLA VITA SOCIALE

viene promosso il reinserimento e l'integrazione del minore nella vita sociale mediante il raccordo dell'assistenza sanitaria con le istituzioni scolastiche e attraverso interventi sulla rete sociale formale ed informale

#### COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA

viene prestata attenzione alla partecipazione attiva della famiglia, con interventi di sostegno, formazione ed orientamento ad essa dedicati e coinvolgimento attivo nel percorso terapeutico

### Focus: la procreazione medicalmente assistita

Sino ad oggi le prestazioni di procreazione medicalmente assistita erano erogate solo in regime di ricovero. Per il futuro:

viene previsto l'inserimento nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale di **tutte le prestazioni necessarie** nelle diverse fasi concernenti la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa.



Tutte le prestazioni di raccolta, conservazione e distribuzione di cellule riproduttive finalizzate alla procreazione medicalmente assistita eterologa sono a carico del Servizio sanitario nazionale

### In sintesi: l'investimento in prevenzione e territorio

Gli **800 milioni di euro** stanziati dalla legge di stabilità vengono, quindi, allocati nei 3 livelli assistenziali, destinando:

- **600 milioni** per l'assistenza distrettuale (così suddivisi: specialistica 380 milioni, protesi 153 milioni);
- **220 milioni** di euro per la prevenzione sanitaria (vaccini).

I 20 milioni di euro aggiuntivi derivano da un risparmio dovuto al trasferimento di prestazioni dall'assistenza ospedaliera ad altri ambiti assistenziali.

Un percorso coerente con la necessità di investire in prevenzione e negli ambiti extraospedalieri.

### ...i LEA in aggiornamento continuo

...per l'aggiornamento periodico e continuo dei livelli essenziali di assistenza è stata costituita la **Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA**, con il compito monitorarne costantemente il contenuto, escludendo prestazioni, servizi o attività che divengano obsoleti e, analogamente, valutando di erogare a carico del Servizio sanitario nazionale trattamenti che, nel tempo, si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti.



L'obiettivo è creare un Servizio sanitario nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini.

# Approvato il CCNQ sui Comparti e Aree contrattuali

Fonte: ARAN

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il CCNQ sui Comparti e Aree contrattuali firmato in via definitiva da Aran e Sindacati l'accordo ridefinisce i nuovi comparti e le nuove aree di contrattazione del pubblico impiego.

L'accordo consente di riaprire la stagione negoziale, dopo molti anni di blocco della contrattazione, e cambia in profondità l'assetto del sistema contrattuale pubblico.

I comparti di contrattazione passano da 11 a 4, in linea con la norma di legge che pone un tetto massimo di quattro al numero dei comparti (art. 40, comma 2 del decreto legislativo n. 165 del 2001). L'effetto più immediato sarà quello di una notevole semplificazione dell'attività negoziale: in passato, per gli 11 comparti e le 8 aree dirigenziali era necessario concludere 38 accordi per ogni quadriennio; oggi, gli accordi da fare scenderanno ad 8 per triennio contrattuale.

L'accordo ha inteso semplificare, ma non annullando completamente le differenze (di funzioni, di professionalità) che caratterizzano il sistema amministrativo italiano. In questa ottica, è stata mantenuta la distinzione tra PA centrale e PA regionale e locale e si è tenuto conto, in special modo con riferimento alle aree dirigenziali, del nuovo profilo dell'organizzazione amministrativa, disegnato nell'ambito della riforma della pubblica amministrazione, recentemente varata dal Governo.

I nuovi comparti sono:

- **Funzioni centrali**, nel quale confluiscono gli attuali comparti Ministeri, Agenzie fiscali, Enti pubblici non economici ed altri enti;
- **Funzioni Locali**, che conserva il perimetro dell'attuale comparto Regioni-autonomie locali;
- **Istruzione e ricerca**, nel quale sono compresi gli

attuali comparti Scuola, Accademie e conservatori, Università, Enti pubblici di ricerca ed altri enti;

- **Sanità**, che non muta sostanzialmente la sua fisionomia, ricomprendendo gli enti ed aziende dell'attuale comparto Sanità.

Il comparto Funzioni centrali conterà circa 247.000 occupati; il comparto Funzioni locali, 457.000; il comparto Istruzione e ricerca, 1.111.000; il comparto Sanità, 531.000 (dati riferiti al 2014, Elaborazione Aran su dati conto annuale RGS).

In stretto collegamento con i quattro comparti, l'Accordo ha anche operato una ridefinizione delle aree dirigenziali, cioè degli ambiti sui quali saranno negoziati gli specifici accordi riguardanti la dirigenza pubblica.

Le nuove aree dirigenziali sono:

- **Area delle Funzioni centrali**, comprendente i dirigenti delle amministrazioni che confluiscono nel comparto Funzione centrali, cui si aggiungono i professionisti e i medici degli enti pubblici non economici;
- **Area delle Funzioni locali**, nel quale trovano collocazione i dirigenti degli enti del comparto Funzioni locali; i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali degli enti ed aziende del comparto Sanità; i segretari comunali e provinciali;
- **Area dell'Istruzione e della ricerca**, comprendente i dirigenti del comparto Istruzione e ricerca;
- **Area della Sanità**, all'interno del quale sono collocati i dirigenti degli enti ed aziende del comparto Sanità, ad eccezione dei dirigenti amministrativi, tecnici e professionali.

Le nuove aree dirigenziali avranno queste dimensioni: circa 6.800 occupati nell'area delle Funzioni centrali; 15.300 nell'area delle Funzioni locali; 7.700 nell'area Istruzione e ricerca; 126.800 nell'area della Sanità (dati riferiti al 2014, Elaborazione Aran su dati conto annuale RGS).

Per accompagnare la transizione al nuovo assetto contrattuale, le parti hanno stabilito una breve finestra temporale all'interno della quale i sindacati potranno realizzare processi di aggregazione o fusione. Si tratta di una previsione che intende agevolare il percorso verso il nuovo assetto della rappresentatività sindacale del pubblico impiego.

# Rappresentatività per il triennio 2016 - 2018

Mario Sellini



Sono stati pubblicati i dati provvisori relativi all'accertamento della Rappresentatività per il triennio 2016 - 2018. Questi dati sono ancora provvisori in quanto ci sono 30 giorni di tempo messi a disposizione delle OO.SS. per definire alcuni passaggi (non per la nostra Area).

Come si può vedere abbiamo completato il percorso iniziato nel lontano 2009 e la FASSID è la terza O.S. nell'Area. Un risultato importante se si pensa che solo un centinaio o poco più di iscritti ci separano dal secondo posto.

A questo risultato costruito in tanti anni di paziente lavoro, quando sembrava impossibile o lontano il momento in cui si sarebbe creata un'area unica di contrattazione per la Dirigenza Medica e Sanitaria, ci siamo arrivati superando lo scetticismo di molti e l'opposizione di parte del mondo medico "geloso" della propria funzione.

Devo aggiungere un altro, grande, grandissimo, risultato raggiunto con il riconoscimento della CODIRP.

Una Confederazione costituita da poco e che ha già un primato invidiabile: quello di essere rappresentativa in 4 delle 5 aree della Dirigenza, con la prospettiva di raggiungere 5 aree su 5 entro i prossimi 30 giorni.

Quello della Confederazione è un obiettivo che ho inseguito per lunghi anni, anche quando nessuno ci credeva. Oggi, con il riconoscimento ufficiale, è una realtà.

**Siamo assolutamente consapevoli che questi risultati non sono un punto di arrivo, ma un punto di partenza per continuare a crescere.**

### ACCERTAMENTO DELLA RAPPRESENTATIVITA' TRIENNIO 2016-2018

#### Premessa

L'articolo 9 del CCNQ per la definizione dei comparti di contrattazione e delle relative aree dirigenziali sottoscritto il 13 luglio 2016 prevede che, entro trenta giorni dalla firma dello stesso, le Organizzazioni sindacali del Comparto Funzioni Centrali, del Comparto Istruzione e ricerca, dell'Area Funzioni centrali e dell'Area Istruzione e ricerca possono dare vita a nuove aggregazioni associative cui imputare le deleghe delle quali risultino titolari, purchè il nuovo soggetto succeda effettivamente nella titolarità delle deleghe che ad esso vengono imputate. Inoltre, l'art. 11 del medesimo contratto consente alle organizzazioni sindacali che si avvalgono della suddetta facoltà di modificare la Confederazione di riferimento. Pertanto, il presente accertamento della rappresentatività relativo al triennio 2016-2018 ha carattere provvisorio per i suddetti comparti ed aree, nonchè per l'individuazione delle Confederazioni sindacali rappresentative ai sensi dell'art. 43, comma 4, del d.lgs. n. 165 del 2001. L'accertamento definitivo sarà effettuato a seguito della verifica degli eventuali mutamenti associativi posti in essere dalle OO.SS. che si avvarranno delle citate facoltà di cui agli articoli 9 e 11 del CCNQ 13 luglio 2016.

### ACCERTAMENTO DELLA RAPPRESENTATIVITA' TRIENNIO 2016-2018

#### AREA SANITA'

ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DELEGHE	%	CONF.
ANAAO ASSOMED	18.542	23,38	COSMED
CIMO	8.748	11,03	CIDA
FASSID	8.553	10,78	CODIRP
AAROI EMAC	7.787	9,82	COSMED
FP CGIL	7.383	9,31	CGIL
FVM	5.881	7,41	COSMED
FESMED	4.680	5,90	
FEDERAZIONE CISL MEDICI	4.617	5,82	CISL
ANPO ASCOTI FIALS MEDICI	4.475	5,64	CONFSAL
UIL FPL	4.465	5,63	UIL



### Servizio Militare e contenuti Estratto Conto Informativo

*Come comportarsi nei casi in cui gli uffici competenti non danno evidenza delle richieste o della documentazione prodotta*

Dirigente G. C. ASL Campania

Ho richiesto il riscatto del servizio militare il 10/08/2005 a INPDAP e sul sito INPS **non risulta la domanda effettuata. È opportuno che inoltri altra richiesta?**

Dal prospetto stampato da sito INPS in alcune annualità **risulta un importo minimale oppure nessun importo ai fini pensionistici (anni 1991 -1992-1997)** mi sapete, per favore, da informazioni in merito?

Risposta al Dr. G. C.

Servizio Militare

L'iscritto ha presentato domanda di computo del servizio militare, ai sensi dell' art. 1, legge 8 agosto 1991 n. 274, in forma cartacea il 10/08/2005, in quanto, non ancora attiva la procedura telematica per l'invio di richieste di prestazioni da parte dell'Ente Previdenziale così come funziona oggi. Pertanto, non rilevando, nella banca dati individuale la richiesta in questione, all'iscritto non viene pregiudicato il buon fine della citata prestazione, si consiglia, semmai, non una nuova istanza **ma una semplice richiesta di informazioni sull'esito della richiesta di cui trattasi.**

Estratto conto Informativo

L'estratto conto informativo, consultato dall'iscritto, è privo delle retribuzioni ante 1993 e non devono essere oggetto di eventuali richieste di variazione posizione assicurativa (RVPA) da parte del medesimo, ovvero, qualora si riscontrassero carenze e/o inesattezze di carattere giuridico, periodi lavorativi non segnalati o segnalati parzialmente, e/o economici per i periodi a partire dall'01/01/1993, **l'iscritto ha la possibilità di inoltrare la RVPA utilizzando i diversi canali abilitati dall'INPS (Internet, Patronato, Contact center, ecc.) come previsto dalla circolare INPS n. 49 del 03/04/2014.**



COMITATO DI SETTORE COMPARTO REGIONI E SANITA'

## **ATTO DI INDIRIZZO**

**Personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.**

*Triennio contrattuale 2016 – 2018*

**BOZZA luglio 2016**

### TITOLO I LINEE GENERALI DI CONTESTO

Il Comitato di Settore assume la seguente direttiva finalizzata ad avviare le procedure per il rinnovo del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria per il triennio 2016 – 2018, con l'individuazione delle relative risorse ai sensi dell'art. 47 D.lgs n.165/2001 e successive modificazioni.

#### 1. Quadro di riferimento.

Il Comitato di Settore, nell'ambito del presente atto di indirizzo, prende atto dei contenuti e degli obiettivi presenti nei documenti che si richiamano:

- la Legge 28 dicembre 2015 n.208 (Legge di stabilità 2016), con particolare riferimento alla modifica dell'art.41 del D.lgs n.165/01 che ha ridisciplinato le competenze e i vincoli di mandato dei Comitati di Settore;
- la Legge 7 agosto 2015 n.124, che con la previsione della nuova collocazione del personale dirigente dei ruoli amministrativo, tecnico e professionale del S.S.N. nel ruolo unico della dirigenza regionale, ha prodotto il ridisegno degli ambiti negoziali, come descritto nel successivo punto;
- il “contratto collettivo nazionale quadro per la definizione dei comparti e delle aree di contrattazione collettiva nazionale”, sottoscritto da ARAN e Organizzazioni Sindacali il 4 aprile 2016, nel quale si rideterminano i comparti della contrattazione collettiva (art.2) ed in particolare quello della Sanità (art.6) e delle aree dirigenziali (art.7).

#### 2. Una premessa.

Il Comitato di Settore, tenendo conto che la nuova stagione contrattuale in sanità si colloca in uno scenario profondamente modificato rispetto a quello che ha prodotto il contratto collettivo nazionale di lavoro 2009-2010, assume il presente atto di indirizzo considerando i seguenti elementi di contesto generale utili al fine di delineare un rinnovo contrattuale coerente per la

crescita del modello organizzativo che il legislatore ha inteso dare alla Pubblica Amministrazione.

Si tratta di un rinnovo che giunge dopo ben due trienni di blocco della contrattazione disposto ex lege D.L. n.78/2010 e ss. e si innesta in un sistema di lavoro pubblico considerevolmente modificato nella sua consistenza quali-quantitativa, nelle sue linee retributive e nella dinamica dell'ordinamento professionale, per effetto principalmente di interventi connessi a manovre di finanza pubblica.

Lo stesso ordinamento di lavoro pubblico è in fase di profonda trasformazione in connessione con l'attuazione delle deleghe prevista dalla Legge n.124/2015 e la complessiva revisione dell'impianto del D.lgs 165/2001.

D'altra parte restano sul campo, per lo più inattuati, molte delle previsioni contenute nella c.d. Riforma Brunetta nate anch'esse con l'ambizione di modificare profondamente il pubblico impiego, ma rimaste sulla carta anche per il blocco della contrattazione.

Di questa riforma ciò che resta di rilevante è l'inversione della premazia delle fonti normative, di cui vi è traccia nei CCNL stipulati nel 2009, nel rapporto tra Legge e contrattazione a favore della fonte unilaterale.

### **3. Le linee di contesto generale.**

Il Comitato di Settore, preso atto del quadro descritto, intende collocare il presente atto di indirizzo all'interno dei seguenti elementi evolutivi:

- i rinnovi contrattuali vanno considerati come strumento funzionale all'attuazione del patto della salute e della conseguente valorizzazione del lavoro nel Servizio Sanitario Nazionale;
- nel recente periodo il S.S.N. è stato ambito di profonde modifiche nell'impianto organizzativo istituzionale con notevole impatto sull'organizzazione complessiva delle Aziende, sul lavoro e sulle responsabilità professionali dei dirigenti operanti nel Servizio Sanitario medesimo;

- questo complesso insieme di modifiche e integrazioni è avvenuto in più fasi temporali e con interventi sia del Legislatore Nazionale e sia delle Regioni (intese singolarmente e nei loro Organismi di partecipazione) e, non ultimo, della Commissione Europea attraverso alcune importanti Direttive;
- tale insieme si è inserito in un contesto normativo e contrattuale storicamente definito e consolidato, creando una stratificazione di disposizioni e la presenza di alcune disorganicità, ovvero incoerenze, alle quali questa stagione contrattuale deve dare necessariamente risposta.

Gli interventi richiamati hanno tratto, a loro volta, origine e motivazione in ambiti diversi, tra cui si ricordano le nuove linee economiche e la necessità di rivedere i modelli organizzativi (o alcune delle loro parti) a seguito delle modificate norme regolanti il “mondo professionale”.

La complessità del quadro che si è venuto a determinare difficilmente ha un parallelo in altro comparto della Pubblica Amministrazione e dei servizi.

*Per questo motivo la primaria esigenza di questo rinnovo contrattuale diventa quella di individuazione di una corretta soluzione per uniformare le disposizioni contrattuali al modificato quadro normativo, tenendo presente che:*

- tale esigenza trova conforto proprio nei risultati che si registrano a seguito del profondo riordino organizzatorio che si è verificato assieme, e a volte, guidato dall’oramai pluriennale condizione di contenimento delle risorse unitamente ai costi;
- il nuovo assetto organizzatorio si fonda su un delicato equilibrio tra strutture e funzioni, dove accanto ad una rivista struttura ospedaliera per acuzie, articolata funzionalmente e strutturalmente per dipartimenti, si è articolato un modello organizzativo per intensità di cure e dove il rapporto tra ospedale e territorio è segnato dalla coesistenza di strutture organizzate secondo i modelli preesistenti, magari con forti differenziazioni tra singole realtà regionali;
- questo assetto organizzativo, per molti versi e in molte realtà tutt’ora “in progress”, ha già prodotto importanti risultati di impatto sul versante contrattuale e del personale, in senso lato, i più rilevanti dei quali appaiono essere una consistente riduzione degli incarichi di “alta gestione”, con la riduzione di oltre 2000 incarichi di direzione di

struttura complessa su 9000, un ridimensionamento della “risorsa lavoro”, anche “specialista”, e un consistente aumento delle condizioni di disagio. Tutti elementi che impongono un ridisegno dell’assetto delle carriere e una riconsiderazione del modello di utilizzo delle risorse (i fondi contrattuali in primis).

Il Comitato di Settore Regioni – Sanità’, inoltre, ritiene che nel quadro del rinnovo contrattuale vadano *ricercate soluzioni che introducano importanti elementi utili per favorire la motivazione del professionista e, in quest’ambito, la revisione dell’assetto contrattuale del trinomio carriere – rapporto tra professioni – risorse (quantificazione e certezza) assume carattere centrale.*

L’importanza dell’elemento motivazionale ovvero della ricerca di fattori finalizzati a motivare al meglio i professionisti rappresenta la giusta risposta per la valorizzazione del grande patrimonio di professionalità e coglie nella sua composizione complessiva un elemento di straordinaria ricchezza e nella sua articolazione interna il fattore determinante per il rilancio del sistema.

In questa logica di necessario adeguamento dell’assetto contrattuale va considerata attentamente la grande evoluzione scientifica, tecnologica e dei bisogni emergenti che ha investito la professione medica, veterinaria e sanitaria nel suo complesso.

Per queste motivazioni è indispensabile far sì che i rinnovi contrattuali diventino funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel S.S.N.

#### **4. La struttura contrattuale e il sistema delle relazioni sindacali.**

##### **4.1. La struttura contrattuale.**

Nella logica di innovazione del processo contrattuale, occorre rivedere la funzione e la struttura del contratto stesso, delineando un *CCNL che includa tutele, garanzie e minimi contrattuali omogenei per tutto il personale* e, nel contempo, ampli gli spazi di autonomia procedurale, assegnando una giusta rilevanza ai contenuti della contrattazione aziendale (altrimenti definibile di 2° livello), all’interno di un puntuale e rinnovato quadro di regole e certezze.

In altri termini, va potenziato il ruolo di indirizzo e di garanzia del CCNL, semplificando alcuni elementi che nel tempo si sono stratificati, assegnando un importante peso all'ambito della contrattazione aziendale e rilanciando il ruolo di sostegno attuativo del “confronto regionale” all'interno dell'ambito assegnato allo stesso dal CCNL.

Occorre, in particolare, rispondere positivamente ad una delle criticità più rilevanti che si sono osservate nel vigente modello contrattuale e cioè “la *certezza attuativa*”, che rappresenta una esigenza oggettiva di tutte le parti firmatarie del CCNL.

Questa criticità va superata prevedendo opportune modifiche del modello contrattuale, miranti a ridurre lo spazio interpretativo del livello aziendale alle disposizioni riservate alla contrattazione nazionale, rafforzando le garanzie reciproche di applicazione dei *contratti individuali che devono affermarsi in una loro completa estensione sul territorio nazionale e devono contenere con una stringente precisione l'insieme delle regole che governano, in applicazione del CCNL, il rapporto tra singolo professionista e datore di lavoro, al fine di evitare i contenziosi e dare le dovute e reciproche certezze.*

#### **4.2. Il sistema delle relazioni sindacali.**

Considerato che l'area della dirigenza è stata investita da un profondo mutamento, voluto dal legislatore e confermato dall'accordo quadro sulle aree negoziali del 4 aprile 2016, di esso va tenuto opportunamente conto in sede di prima applicazione individuando, se e per quanto necessario, gli opportuni adattamenti di modello.

Considerato, altresì, il carattere che deve assumere questo rinnovo contrattuale, in termini di fondamentale strumento tendente a favorire l'attuazione del “Patto per la Salute”, va determinato un modello di relazioni sindacali che, fondandosi sui consolidati principi di “correttezza e buona fede”, veda la partecipazione delle rappresentanze sindacali nelle varie fasi di riorganizzazione del SSN, al fine di favorire la condivisione e consenso nonché il contributo di idee e sapere che rappresenta un valore assoluto.

Una partecipazione che, nel considerare la puntuale riaffermazione delle singole sfere di responsabilità e competenza, preveda precise sedi e puntuali modalità di coinvolgimento dei soggetti firmatari del contratto collettivo e la chiara definizione delle materie oggetto di contrattazione integrativa, di concertazione e informazione.

Questa necessaria scelta è supportata dai seguenti elementi e richiami:

- l'art. 5 del Patto per la Salute sancisce che: *“Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”*;
- questo concetto è stato rafforzato dall'articolo 22, sempre del Patto per la Salute che prevede: *“Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione, si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”*;
- l'Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante istituzione di una Cabina di regia per il coordinamento nazionale sulla regolazione della vita professionale ed organizzativa degli operatori del sistema sanitario, individuando le Organizzazioni Sindacali quale protagonista fattivo di processi di nuova organizzazione del S.S.N.

La consapevolezza che trattasi di una particolare e fondamentale fase di avvio di profonde modifiche dell'organizzazione del lavoro nel settore, porta a considerare importante, al fine di favorire la comprensione e la condivisione, il coinvolgimento dei professionisti che operano nel SSN e delle loro organizzazioni sindacali, fermo restando il quadro di responsabilità, competenze ed autonomie definite dal legislatore ed avendo cura di assicurare l'allineamento tra la normativa nazionale e la disciplina contrattuale dei modelli di relazione sindacale.

### TITOLO II

#### DISPONIBILITA' DELLE RISORSE

##### 1. Definizione delle disponibilità delle risorse.

Il Comitato di settore prende visione ed atto della procedura prevista dal legislatore per la definizione dei criteri e dei principi atti alla quantificazione delle disponibilità economiche per la contrattazione nazionale collettiva nei comparti della Pubblica Amministrazione ed in particolare l'art. 48, commi 1 e 2 del D.Lgs n.165/2001 e l'art. 1, commi 466 e 469 della Legge n.208/2015.

Il Comitato prende altresì atto dei contenuti del DPCM .....

Le Regioni, nel rispetto e soddisfatti i vincoli di finanza pubblica fissati per i rispettivi Servizi Sanitari, potranno destinare, esclusivamente al personale direttamente e proficuamente coinvolto nei processi di ristrutturazione, miglioramento organizzativo e razionalizzazione, parte delle economie aggiuntive conseguite con risparmi sui costi per le risorse umane ed individuare specifici ed ulteriori criteri premiali per il personale coinvolto in progetti innovativi, principalmente mirati alla riduzione delle liste di attesa, alla piena e qualificata erogazione dei LEA e alle condizioni di lavoro. Tali risorse, da indirizzare esclusivamente nell'ambito della retribuzione di risultato, non possono, in ogni caso, finanziare voci irreversibili della retribuzione ed in nessun caso possono essere oggetto di consolidamento nei fondi ordinariamente definiti.

Analogamente si procede con le risorse descritte al Titolo V, punto 2.

### TITOLO III

#### ASSETTO PROFESSIONALE

##### 1. Il nuovo assetto della dirigenza tra la funzione di gestione e la funzione professionale.

L'organizzazione dei servizi ospedalieri, che coniuga una semplificata e potenziata

dipartimentalizzazione con un modello di lavoro per intensità di cura, accanto al nuovo assetto delle cure primarie ed allo sviluppo delle strutture operanti sul territorio hanno, indicano come *priorità la indispensabilità di ridisegnare contrattualmente l'assetto della carriera della dirigenza sanitaria nel suo complesso.*

Appare, quindi, quanto mai necessario ridisegnare, per via contrattuale, il percorso di carriera non solo gestionale, ma anche, e soprattutto, quello professionale della dirigenza nel suo complesso, individuando linee applicative del trattamento economico sovrapponibili a tutti i livelli tra i due percorsi e, in questo quadro, vanno previste norme più stringenti finalizzate alla attuazione della parità di genere nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali, a tutti i livelli di responsabilità, fermo restando l'intercambiabilità dei due percorsi.

Coerentemente va realizzato un percorso di carriera, sviluppato ed attivato in sede di contrattazione aziendale per la dirigenza medico - veterinaria e sanitaria, nel quale gli incarichi professionali e di alta professionalità, con la dovuta graduazione contrattuale, abbiano omogenea dignità giuridica e la stessa parametrizzazione economica di quelli gestionali, compresi quelli di struttura complessa, anche in considerazione della prevista ed estesa riduzione degli incarichi di Unità Semplice e di Unità Complessa.

*In altri termini va resa sistematica una soluzione contrattuale che risponda al crescente (nella realtà e nel percepito) sbilanciamento tra competenza gestionale e quella professionale.*

In questo caso vanno rimodulate le disposizioni contrattuali relative alla gestione dei fondi per mettere in condizione le aziende che riducono gli incarichi gestionali di utilizzare i risparmi conseguenti per valorizzare gli incarichi professionali, dando attuazione al principio fondante il Patto per la Salute per il quale tutti i risparmi generati dalla riduzione degli incarichi di struttura che si fanno nel settore vanno rifinalizzati all'interno del medesimo S.S.N.

Il delineato quadro di priorità va declinato in disposizioni particolari, per le quali si riportano di seguito la schematizzazione dei principali elementi:

### **1.1 Personale dirigente Medico, Veterinario e Sanitario:**

- nell'ottica di "alleggerimento" dell'organizzazione e della sua architettura, in coerenza con le azioni di razionalizzazione, ristrutturazione e riconversione disposte dalle normative

vigenti, vanno meglio delineati i contenuti delle strutture semplici e a valenza dipartimentale;

- semplificare l'attuale sistema di individuazione e conferimento degli incarichi, legando i passaggi tra i vari livelli di graduazione delle funzioni a parametri oggettivi basati su fasi di sviluppo professionale specifici e misurabili;
- individuare e disciplinare, nei tratti generali, la procedura di assegnazione degli incarichi, prevedendo la comparazione delle esperienze professionali e formative e garantendo la valutazione di tutto il servizio svolto sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato;
- coerentemente va delineato e definito un sistema premiale che sappia coniugare la necessità e positività del meccanismo di valutazione con la peculiarità specifica dei professionisti rientranti in quest'area negoziale;
- semplificare la struttura retributiva del personale dirigente, al fine di consentire, a livello di singola Azienda, la possibilità individuare chiaramente e con immediatezza la retribuzione correlata direttamente all'incarico assegnato o ricoperto semplificando quindi la definizione della graduazione delle posizioni dirigenziali;
- disciplinare le modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali alle posizioni di responsabilità delle professioni sanitarie, ai sensi della Legge n.251/2000;
- dare certezza nei tempi, nella procedura e nella definizione di uno schema di contratto individuale che sia veramente uno strumento di certezze e rappresenti realmente un *patto di lavoro assoluto tra datore di lavoro e professionista con reali contenuti e vincoli ovviamente all'interno del quadro di disposizioni contrattualmente definito.*

### 1.2 Aspetti generali attinenti alla funzione dirigenziale.

- rendere più pregnante e obbligatorio "il contratto individuale di lavoro", prevedendo in esso in maniera esplicita le condizioni di revoca, la procedura della stessa e relative disposizioni di salvaguardia e tutela, al fine di rendere trasparente le condizioni dell'incarico. In questa logica e con le caratteristiche di esaustività che il *contratto individuale deve contenere, va ritenuto un chiaro **adempimento contrattuale** tra le parti;*

- ridefinire, alla luce delle disposizioni legislative recentemente intervenute il sistema delle tutele di collocazione ed economiche, articolando con puntualità nel contratto nazionale quelle applicabili in costanza del contratto individuale e quelle attuabili alla naturale scadenza del medesimo;
- strutturare un sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale che preveda l'erogazione dell'intero sistema premiante a consuntivo ed in misura differenziata e con un'incidenza economica, a regime, pari alle risorse disponibili per il sistema medesimo;
- rimodulare armonicamente il modello complessivo di valutazione nelle sue due componenti (professionale e di risultato), superando alcune difficoltà interpretative attualmente esistenti nel territorio e che producono un rallentamento allo sviluppo del sistema premiante;
- rivedere i contenuti dei sistemi di misurazione e valutazione della performance individuale, privilegiando gli aspetti correlati ad obiettivi di efficienza e qualità propri dell'attività professionale rispetto a quelli di natura prettamente economico-amministrativa, cogliendo, anche in quest'ambito, la peculiarità professionale della dirigenza afferente a quest'area contrattuale;
- è necessario procedere ad una revisione del sistema degli incarichi, nel quale trovi posto rilevante l'uniformità dei criteri di calcolo dell'anzianità lavorativa in riferimento alla dinamica di carriera ed, in particolare, di quegli aspetti correlati all'acquisizione delle fasce di esclusività, facendo coincidere le stesse con le cadenze utili per i periodi di equiparazione.

### TITOLO IV

#### ISTITUTI DEL RAPPORTO DI LAVORO

##### 1. **Esclusività del rapporto per i dirigenti Medici, Veterinari e Sanitari.**

Il Comitato di Settore pur riconoscendo lo spirito e le motivazioni che hanno prodotto l'istituto dell'esclusività alla fine degli anni '90, non può non evidenziare che nel corso del tempo si sono manifestate una serie di rilevanti criticità che condizionano il significato e l'utilità; in particolare il *rapporto tra questa voce stipendiale e il sistema degli incarichi*, è già stato oggetto, più volte di pronunciamenti della Conferenza delle Regioni e di prese di posizione, conseguenti, delle singole Regioni.

Pur riconoscendo il valore della distinzione del rapporto esclusivo e non esclusivo, va posta una riflessione sull'attuale sistema di riconoscimento indennitario e sulla sua articolazione, agganciandolo in modo stabile, ma non automatico alla retribuzione complessiva.

Va valutato, altresì, il quadro generale finanziario complessivo inerente tale istituto alla luce dei processi riorganizzativi, della evoluzione del trend di "anzianità" dei professionisti e del nuovo sistema degli incarichi che si va a delineare nell'ambito di quanto descritto nel Titolo III del presente atto di indirizzo.

##### 2. **Copertura assicurativa.**

A fronte dell'elevata situazione di rischio, esasperata dalle diffuse situazioni di contenzioso e a tutela della particolare qualificazione della professione medica e sanitaria, al fine di evitare o meglio limitare fenomeni di "medicina difensiva" e le sue ricadute a livello sistemico, appare necessario introdurre maggiori garanzie, anche per via contrattuale, ai professionisti nell'esercizio della loro professione anche allo scopo di accordare maggiori elementi di chiarezza ed omogeneità sugli effettivi margini di tutela, avuto riguardo anche ai casi di mobilità tra aziende.

Il CCNL dovrà prevedere un modello di coperture assicurative minime omogeneo sul territorio nazionale da declinare a livello delle singole Regioni, anche alla luce ed in coerenza con i diversi moduli assicurativi presenti sul territorio nazionale (e in qualche caso anche all'interno

di ogni singola Regione).

### 3. Orario di lavoro

Occorre adeguare la disciplina dell'orario di lavoro dei dirigenti ai principi guida della Direttive Europee in materia, che distinguono puntualmente, per livello di autonomia e responsabilità, le caratteristiche della prestazione lavorativa dei dirigenti da quelle di tutto il restante personale.

In tale logica, ferma restando la direttiva di questo Comitato di settore approvata il 4 novembre 2015, che si allega, si rende necessario:

- ✓ introduzione ad un graduale passaggio ad un'organizzazione del lavoro effettivamente basata su obiettivi e risultati verificati in modo stringente, prevedendo necessariamente una programmazione dell'orario contrattuale di lavoro al fine di coprire le esigenze di servizio secondo i piani aziendali di attività;
- ✓ verificare la percorribilità armonica dell'intero impianto relativo all'istituto contrattuale "orario di lavoro" al fine di comprimere i contenziosi in materia e considerando, nel contempo, in modo organico tutte le variabili che incidono sul monte orario (standard, apertura servizi, organici, programmazione dell'attività, negoziazione degli obiettivi prestazionali);
- ✓ rivedere le attuali disposizioni inerenti i servizi di guardia medica e di pronta disponibilità in coerenza con le modifiche sull'organizzazione del lavoro derivate dal quadro sanitario ora esistente ed evoluto rispetto a quello degli anni '90 che sta alla base del vigente sistema, riconoscendo priorità al servizio di guardia per l'espletamento dell'attività ordinaria;
- ✓ in questo quadro vanno considerate le ricadute della turnazione notturna e il suo impatto con i dovuti riposi giornalieri e settimanali anche prevedendo una revisione della valorizzazione economica delle tariffe orarie.
- ✓ Per quanto riguarda le figure dirigenziali Arpa si pone l'esigenza del superamento dei limiti di ruolo e quantitativi attualmente presenti nella disciplina contrattuale (tetto

massimo di turni mensili e limite per profilo professionale impiegabile) *superando l'esclusione, in via ordinaria, del personale del ruolo tecnico.*

#### 4. **Disciplina revisione degli incarichi**

In virtù delle modifiche normative intervenute in materia di revoca degli incarichi, in corso di loro validità, vanno individuate procedure di riassegnazione e relativo trattamento economico, in particolare ridisegnando il rapporto tra questa tipologia e la nuova strutturazione della retribuzione collegata agli incarichi più volte richiamata nei punti precedenti.

#### 5. **Strategie per la valorizzazione dei dirigenti senior.**

Il progressivo invecchiamento della popolazione, lo spostamento in avanti dell'età pensionabile, la razionalizzazione delle assunzioni sono fattori che richiedono nuovi strumenti di gestione delle risorse umane.

Il CCNL dovrà individuare modalità di valorizzazione, di riconoscimento e di tutela del dirigente senior. La sperimentazione di modelli organizzativi innovativi potrà essere sviluppata nell'ambito del livello di coordinamento regionale.

### **TITOLO V**

#### **FINANZIAMENTO DELLA PARTE VARIABILE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO**

##### **1. Fondi contrattuali.**

Vanno stabilite modalità di migliore utilizzo e garanzia delle risorse tendendo ad una semplificazione nella costituzione, nel computo e nelle modalità della loro utilizzazione.

Vanno individuate opportune nuove disposizioni riguardanti in particolare:

- revisione del sistema dei fondi finalizzata alla creazione di un fondo unico, ferme restando le finalizzazioni di spesa ed in particolare quelle collegate alle condizioni di lavoro e al disagio;
- la definizione delle procedure di “scorporo” ed individuazione delle risorse che devono accompagnare la ridefinizione delle aree dirigenziali con particolare riferimento della

nuova articolazione dell'ex area III<sup>^</sup> (SPTA) e alla definizione del fondo nell'area oggetto di questa direttiva;

- l'armonizzazione necessaria per la corretta modalità di finanziamento degli istituti contrattuali legati alla gestione dei fondi e alla loro necessaria trasposizione nel nuovo assetto contrattuale;
- semplificazione delle voci finanziabili con il fondo degli incarichi nel nuovo assetto retributivo (parte fissa e differenza sui minimi) in coerenza con quanto delineato relativamente alla definizione diretta e semplice della retribuzione degli incarichi.
- quantificazione annuale delle risorse per la retribuzione di risultato partendo da base zero e costruzione in base ad indicatori connessi alla condizione economica della azienda e alla capacità di definire obiettivi e adottare efficienti sistemi di valutazione.

### **2. La compartecipazione del personale nella lotta agli sprechi nel sistema sanitario.**

Il Comitato di Settore ritiene che all'interno di una rinnovata e riaffermata politica di contenimento della spesa coniugata ad un investimento nella risorsa principale del Settore che è rappresentata dal patrimonio delle professionalità, vada puntualmente verificata l'opzione prevista dall'art. 6 della Legge n.111/2011 che recita così:

*“ omissis 5. In relazione ai processi di cui al comma 4, le eventuali economie aggiuntive effettivamente realizzate rispetto a quelle già previste dalla normativa vigente, dall'articolo 12 e dal presente articolo ai fini del miglioramento dei saldi di finanza pubblica, possono essere utilizzate annualmente, nell'importo massimo del 50 per cento, per la contrattazione integrativa, di cui il 50 per cento destinato alla erogazione dei premi previsti dall'articolo 19 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”.*

E' pertanto uno strumento legislativo in grado di incentivare la partecipazione attiva dei professionisti e degli operatori, con la previsione per la quale una quota dei risparmi derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione possa essere destinata, secondo criteri definiti dalla contrattazione integrativa, al personale direttamente coinvolto e alla stessa contrattazione decentrata, idea forza già prevista dall' art. 38, comma 4, lettera b) del CCNL Sanità 1998/2001 e l'art. 30, comma 2, lettera b) del CCNL Sanità 2002/2005 e relativamente

al personale medico e degli altri profili dirigenziali l'art. 9 - Coordinamento Regionale CCNL 2002 – 2005 biennio economico 2002 – 2003 Area III e IV e precisamente al comma 1. dell'art. 9 lettere D, F e G. e l'art. 55, comma 1 lettera d, comma 2 del CCNL 8 giugno 2000, che disciplinano la possibilità di incremento dei salari individuali ed indirettamente dei fondi del salario accessorio, in presenza di processi di razionalizzazione della spesa.

In questa logica e all'interno di un nuovo modello di relazioni sindacali che si è descritto nella presente Direttiva va potenziato l'ambito contrattuale che favorisca:

- il raggiungimento degli obiettivi di produttività ed efficienza delle Aziende Sanitarie tale da potenziare il margine della produttività medesima;
- lo sviluppo della partecipazione e la condivisione al processo di aziendalizzazione in grado di determinare nei distretti, negli ospedali, nei dipartimenti strutturali e di prevenzione e nelle funzioni direzionali, azioni volte a rendere più adeguato ed appropriato l'intervento di tutela della salute individuale e collettiva;
- l'individuazione “delle migliori pratiche” che contribuiscano al coinvolgimento ed alla responsabilizzazione delle parti sociali come condizione per favorire e concretizzare istituti partecipativi e, parimenti, aumentare la produttività coinvolgendo i lavoratori nei risultati economici aziendali attraverso l'erogazione economica del contro valore del maggior impegno profuso, che si qualifichi come vero e proprio “dividendo aziendale” da ripartire tra Azienda e “risorsa umana e professionale”.

Lo sviluppo della contrattazione integrativa di secondo livello dovrà apprezzare il fatto che a figure professionali sempre più specializzate, autonome e responsabilizzate, sia necessario corrispondere un conseguentemente adeguamento delle retribuzioni tendendo ad un sistema retributivo, che sappia individuare un giusto riconoscimento a capacità e competenze, che sappia valorizzare il merito favorendo la crescita professionale di chi vuole fare di più.

Ne consegue l'indispensabilità di costruire un sistema che consideri le modifiche dell'organizzazione del lavoro e l'evoluzione delle professionalità come patrimonio di valorizzazione del lavoro e di tutti i professionisti, ciascuno con la sua professionalità, ruolo e responsabilità, con un connotato meritocratico che sia supportato da un modello di valutazione oggettiva, trasparente e permanente che preveda forme di un qualche coinvolgimento degli utenti.

## TITOLO VI RISERVA ED ALTRE DISPOSIZIONI

### 1. Altre disposizioni.

Vanno armonizzate con le nuove disposizioni di Legge e con l'evolversi del modello di intervento sanitario e della professione sanitaria medesima. In quest'ambito vanno considerate e rimodulati i temi della formazione, dell'attività intra moenia, della disciplina e permessi per visite, prestazioni specialistiche, terapie ed esami diagnostici (art. 55 septies, comma 5 ter, del D.lgs 165/2001) alla luce delle recenti pronunce giurisdizionali.

In particolare, con riferimento alla libera professione intra moenia va rivista l'attuale disciplina relativa ai tetti orari ed ai volumi prestazionali. Il tempo dedicato alla libera professione nelle sue varie tipologie dovrà essere rimodulato, al fine di salvaguardare le primarie esigenze istituzionali, con un contestuale rafforzamento del ruolo di coordinamento regionale in materia di regolazione.

Vanno inoltre riviste le attuali disposizioni disciplinanti che disciplinano il comitato dei garanti alla luce della giurisprudenza (in particolare Cassazione Civile Sez. Lavoro 17/6/2010 n. 14628, Sentenza Cassazione Sez. Lavoro 11/5-14/9/2011 n. 18769) che ha sancito la competenza del comito in materia di licenziamenti esclusivamente nell'ipotesi di responsabilità dirigenziale.

### 2. Riserva.

Il Comitato di Settore si riserva di integrare il presente atto di indirizzo ovvero di costituirne uno apposito relativamente alla immissione, nei contratti collettivi nazionali di lavoro del settore sanità, del personale della ricerca, finora non contrattualizzato, degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) a seguito delle decisioni in materia del legislatore per le quali si è avviato recentemente la procedura di consultazione delle parti interessate.

Luglio 2016

## Recensioni

a cura di Giovanni Cavadi



**Curare i casi complessi, La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità, Antonino Carcione, Giuseppe Nicolò, Antonio Semerari. Edizione: 2016 Laterza Collana: Scienze della mente.**

Nell'attività clinica è in pratica impossibile incontrare un paziente con un disturbo di personalità che non sia diagnosticabile almeno per un altro disturbo di personalità e altri disturbi psichiatrici. Già questo dato rende insostenibile l'attuale nosografia categoriale che sopravvive a se stessa per mancanza di alternative e per l'assenza di linee terapeutiche che prescindano dalle categorie. In questo libro gli autori del Terzo Centro propongono un modello integrato di terapia che va al di là delle diagnosi categoriali e punta al trattamento dei fattori generali della patologia della personalità. In questo contesto particolare enfasi viene posta sullo sviluppo delle funzioni metacognitive e sull'integrazione di procedure e tecniche di psicoterapie diverse.

### INDICE

Premessa XI

**1. Il problema della diagnosi di Antonio Semerari, Fabio Moroni, Giuseppe Nicolò, Antonino Carcione pag. 3**

1.1. Il problema: un caso complesso, p. 3 - 1.2. Il problema della diagnosi: la crisi della nosografia attuale, p. 8 - 1.2.1. Le due classificazioni dei disturbi di personalità nel DSM-5: vantaggi e limiti, p. 9 - 1.2.2. La complicazione eccessiva della diagnosi, p. 13 - 1.2.3. Quale dimensione considerare? I tratti di personalità, p. 14 - 1.3. Dalla diagnosi al trattamento, p. 15 - 1.4. La diagnosi di Enrico, p. 18

**2. Conoscere la mente di Antonino Carcione, Antonio Semerari, Livia Colle pag. 19**

2.1. La metarappresentazione, p. 19 - 2.2. Metarappresentazione e psicopatologia, p. 22 - 2.3. La metacognizione, p. 23 - 2.4. Funzioni nel dominio della conoscenza della propria mente, p. 27 - 2.4.1. Il monitoraggio, p. 27 - 2.4.2. L'integrazione, p. 28 - 2.4.3. La differenziazione, p. 32 - 2.4.4. Comprensione della mente altrui/decentramento, p. 34 - 2.4.5. Padroneggiamento/mastery, p. 37 - 2.5. Autodirezionalità e regolazione delle scelte, p. 40 - 2.5.1. Gli scopi e le euristiche nei disturbi di personalità, p. 41 - 2.5.2. La metacognizione e la regolazione delle scelte, p. 43 - 2.5.2.1. La regolazione basata su emozioni e desideri e la disregolazione emotiva, p. 44 - 2.5.2.2. La regolazione basata sul contesto interpersonale: la sintonia interpersonale, p. 45 - 2.5.2.3. La regolazione basata su norme, valori e Sé ideale, p. 46

**3. La metacognizione come fattore generale della patologia della personalità di Ilaria Riccardi, Antonio Semerari, Roberto Pedone pag. 47**

3.1. La co-occorrenza di più diagnosi: problema o opportunità?, p. 47 - 3.2. Patologia generale della personalità: gravità, disturbi del Sé e delle relazioni, p. 49 - 3.3. La metacognizione tra patologia generale della personalità e manifestazioni fenomeniche, p. 52 - 3.3.1. Le disfunzioni della metacognizione nei disturbi di personalità e nei disturbi di stato non psicotici, p. 53 - 3.3.2. Le disfunzioni della metacognizione e la patologia generale della personalità, p. 54 - 3.3.3. Le disfunzioni della metacognizione come predittori dei disturbi di personalità, p. 54 - 3.3.4. Metacognizione ed esito dei trattamenti, p. 55

**4. L'integrazione del trattamento di Giuseppe Nicolò, Antonino Carcione, Donatella Fiore, Stefania D'Angerio, Michele Procacci, Antonio Semerari pag. 58**

4.1. Verso un trattamento integrato dei disturbi di personalità, p. 58 - 4.2. Procedure e tecniche della terapia cognitiva, p. 61 - 4.3. Obiettivi, procedure e tecniche delle terapie manualizzate dei DP, p. 65 - 4.3.1. Terapia cognitiva standard, p. 66 - 4.3.2. Schema Therapy, p. 68 - 4.3.3. La terapia dialettico-comportamentale, p. 70 - 4.3.4. Terapie non cognitive, p. 72 - 4.3.4.1. Terapia cognitivo-analitica, p. 72 - 4.3.4.2. Terapia centrata sul transfert, p. 73 - 4.3.4.3. Terapia basata sulla mentalizzazione, p. 75 - 4.3.5. Interventi strutturati: Good Psychiatric Management, p. 85 - 4.3.6. Interventi strutturati: Structured Clinical Management, p. 86 - 4.4. L'integrazione del trattamento e il lavoro d'équipe, p. 88 - 4.5. L'assessment, p. 90 - 4.6. I vantaggi dell'organizzazione, p. 93 - 4.7. I limiti della presa in carico, p. 94

**5. Fase di pre-trattamento: il colloquio di assessment e la restituzione diagnostica di Giuseppe Nicolò, Laura Conti, Donatella Fiore pag. 97**

5.1. La conduzione del colloquio nella fase di assessment, p. 97 - 5.2. Come s'inizia, p. 97 - 5.2.1. Le prime domande, p. 99 - 5.2.2. Area interpersonale, p. 103 - 5.2.3. Individuazione degli stati mentali problematici principali e ricorrenti, p. 104 - 5.3. La restituzione diagnostica

ca: fase di pre-trattamento, p. 105 - 5.3.1. La restituzione diagnostica, p. 105 - 5.3.2. Tratti e diagnosi di personalità: SCID II, p. 106 - 5.3.3. Sintomi, p. 110 - 5.3.4. La metacognizione: intervista per la valutazione della metacognizione (IVaM); dalla restituzione diagnostica alla spiegazione del funzionamento del paziente, p. 110 - 5.4. Fase conclusiva del pre-trattamento, p. 111 - 5.5. Spiegazione del rationale terapeutico, p. 112 - 5.6. Il contratto terapeutico, p. 113

### **6. La relazione terapeutica di Antonio Semerari, Giovanni Pellecchia, Antonino Carcione pag. 114**

6.1. Gli aspetti problematici della relazione, p. 114 - 6.2. L'uso terapeutico della relazione, p. 120 - 6.2.1. L'alleanza terapeutica, p. 120 - 6.2.2. Formazione dell'alleanza: empirismo collaborativo e contratto terapeutico, p. 121 - 6.3. Un caso esemplificativo, p. 122 - 6.4. Clima collaborativo e gestione delle flessioni dell'alleanza, p. 125 - 6.4.1. Lo stile conversazionale del terapeuta, p. 125 - 6.5. Cicli interpersonali, p. 128 - 6.5.1. Fattori che influenzano il contenuto e il decorso dei cicli interpersonali, p. 128 - 6.5.2. Obiettivi terapeutici, p. 128 - 6.5.3. Procedure e tecniche nella gestione dei cicli, p. 129 - 6.6. Cicli interpersonali tipici: i cicli acuti, p. 133 - 6.6.1. Il ciclo invalidante, p. 133 - 6.6.2. Il ciclo aggressivo abusante, p. 137 - 6.6.3. Cicli di allarme, p. 140 - 6.7. Cicli interpersonali tipici: i cicli cronici, p. 145 - 6.7.1. Il ciclo del distacco, p. 146 - 6.7.2. Il ciclo competitivo, p. 148

### **7. La terapia di Antonino Carcione, Giuseppe Nicolò, Michele Procacci, Antonio Semerari pag. 152**

7.1. Obiettivi, setting e procedure, p. 152 - 7.2. Principi di conduzione della seduta, p. 154 - 7.2.1. L'atteggiamento metacognitivo, p. 154 - 7.2.2. Gli ostacoli alla metacognizione, p. 156 - 7.2.3. La regolazione del tono emotivo, p. 156 - 7.2.4. Riflettere sui momenti di disorientamento, p. 158

### **8. Monitoraggio e integrazioni di Antonio Semerari, Antonino Carcione, Ilaria Riccardi pag. 161**

8.1. Lo stato problematico, p. 161 - 8.1.1. Criteri per la scelta dello stato problematico da esplorare, p. 161 - 8.1.2. Tre principi generali per il monitoraggio degli stati problematici e per la loro integrazione, p. 162 - 8.1.3. Aspetti problematici del monitoraggio: emozioni primarie e intenzioni, p. 164 - 8.2. Mantenere il livello metacognitivo raggiunto in seduta. Homework e promemoria, p. 166 - 8.3. Padroneggiamento degli stati problematici legati ai sintomi gravi, p. 168 - 8.4. La gestione iniziale degli stati problematici di rischio, p. 170 - 8.4.1. Principi per la gestione del rischio suicidario, p. 170 - 8.4.2. I diversi stati mentali suicidari, p. 171 - 8.4.3. Il suicidio come tentativo per eliminare la sofferenza, p. 174 - 8.4.4. Il suicidio in condizioni di distacco dissociativo, p. 175 - 8.4.5. Il suicidio come atto relazionale, p. 176 - 8.5. La gestione dei comportamenti impulsivi, p. 179 - 8.6. Promuovere l'integrazione, p. 183 - 8.7. La gestione degli stati mentali nella fase integrativa: dal cambiamento all'accettazione, p. 193 - 8.8. La memoria autobiografica, p. 195

### **9. Differenziazione e decentramento di Antonio Semerari, Fabio Moroni, Michele Procacci pag. 199**

9.1. Differenziazione, distanza critica, decentramento, p. 199 - 9.1.1. L'ambiguità della differenziazione, p. 201 - 9.1.2. Promuovere la differenziazione in psicoterapia, p. 204 - 9.1.3. Le credenze nei disturbi di personalità, p. 207 - 9.1.4. Le credenze relativamente ben fondate e le credenze compensatorie, p. 209 - 9.1.5. Lo sviluppo della distanza cri-

tica, p. 218 - 9.2. Il decentramento, p. 221 - 9.2.1. Decentramento, differenziazione e distanza critica, p. 223 - 9.3. Manifestazioni cliniche del decentramento, p. 224 - 9.3.1. Differenziazione, decentramento e stati di minaccia, p. 225 - 9.3.2. Differenziazione, decentramento e senso d'appartenenza, p. 230 - 9.3.3. Differenziazione, decentramento e vergogna, p. 231 - 9.4. Differenziazione, decentramento e principi generali di gestione, p. 235 - 9.5. Tecniche specifiche per promuovere la comprensione della mente/decentramento, p. 237 - 9.5.1. Role playing (attuale e storico), p. 238

### **10. I casi (quasi) impossibili di Giovanni Pellecchia, Antonio Semerari pag. 240**

10.1. Il confine incerto: il margine della trattabilità, p. 240 - 10.2. La mente egocentrica, ovvero la fissità dell'attribuzione intenzionale, p. 241 - 10.2.1. Primo caso: il dramma di essere troppo visibile (DP paranoide con tratti di personalità istrionici e borderline), p. 242 - 10.2.2. Secondo caso: il dramma di non essere visti (DP istrionico), p. 244 - 10.3. Debolezza del S. e non integrazione, p. 246 - 10.4. Empatia e senso morale, p. 249 - 10.5. Il funzionamento narcisistico, p. 251 - 10.6. Come affrontare le forme gravi di narcisismo, p. 255

### **11. Interventi di gruppo: skills training di Livia Colle, Donatella Fiore pag. 261**

11.1. Gli obiettivi strategici e le caratteristiche procedurali, p. 261 - 11.2. La struttura dello skills training, p. 263 - 11.3. Le indicazioni per i gruppi di skills training: impulsività/caoticità e ritiro, p. 265 - 11.3.1. Pazienti impulsivi/caotici, p. 266 - 11.3.1.1. Il ricorso alla DBT standard, p. 269 - 11.3.2. Pazienti ritirati, p. 270 - 11.4. Controindicazioni alla partecipazione allo skills training, p. 272 - 11.5. Lo skills training metacognitivo, p. 273 - 11.6. Lo skills training per la competenza interpersonale, p. 278 - 11.7. Modalità d'invio dei pazienti ai gruppi e contratto, p. 282 - 11.7.1. Primo colloquio, p. 283 - 11.8. Ostacoli durante il gruppo e drop out, p. 284

### **12. Il trattamento farmacologico nel paziente con disturbo di personalità di Giuseppe Nicolò, Michele Procacci, Antonino Carcione pag. 286**

12.1. Introduzione, p. 286 - 12.2. Quando serve la farmacoterapia?, p. 289 - 12.3. Psicoterapeuta e farmacologo, p. 291 - 12.4. Schema di visita psichiatrica, p. 293 - 12.5. Trattamento farmacologico del disturbo di personalità, p. 294 - 12.6. Prescrizione farmacologica nel paziente con disturbo borderline di personalità: la nostra procedura, p. 296 - 12.6.1. Casi di prevalente instabilità affettiva, p. 296 - 12.6.2. Casi di prevalente discontrollo degli impulsi, p. 296 - 12.6.3. Casi di prevalente sintomatologia cognitiva, p. 299 - 12.7. L'uso degli omega 3, p. 300 - 12.8. Altri disturbi di personalità, p. 300 - 12.9. La durata del trattamento farmacologico, p. 302

### **13. Una sintesi: la terapia metacognitiva interpersonale di Antonino Carcione, Teresa Fera, Antonio Semerari pag. 303**

13.1. La terapia metacognitiva interpersonale: un approccio integrato per i casi complessi, p. 303 - 13.2. Il timing dell'intervento, p. 305 - 13.3. Lo sviluppo del trattamento, p. 305 - 13.4. Check-list per valutare l'aderenza al trattamento, p. 307

### **Bibliografia pag. 315**

# COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

## SEGRETERIA NAZIONALE

**MARIO SELLINI**  
 SEGRETARIO GENERALE  
 Tel. 348/4112553  
 e.mail: mariosellini@gmail.com

**VITO TUMMINO**  
 Tesoriere  
 Tel. 031/523327 - 348/4112554  
 e.mail: vitummino@gmail.com

**CHIARA GUELLA**  
 333/4419094  
 e.mail: chiara.guella@apss.tn.it

**NATALIO FLARA'**  
 Tel. 085/8020305 - 348/4112558  
 e.mail: natalio.flara@gmail.com

**ELISABETTA CORTI**  
 334/6783363  
 e.mail: betta.corti@virgilio.it

**DOMENICO PUTZOLU**  
 Tel. 0783/290326  
 e.mail: narbo.domenico@gmail.com

## CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

### MEMBRI

ACQUADRO LOREDANA	015/9899853	GIANATTI DANIELA	328/2865763	PICCONI OBRETTA	0731/534716
ALBIERO DAVIDE	0445/313811	GUELLA CHIARA	333/4419094	PUTZOLU DOMENICO	0783/290326
ALESSANDRONI VINICIO	0736/844413	INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	RASSU MARIA ROSA	079/9959809
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	INNEO GIUSEPPE	338/4678461	RICCIO DOMENICO	339/4864048
BINI LAURA	339/5324246	LAZZARI DAVID	0744/423871	ROSSINI MARIO	335/5995603
CALLONI GIOVANNI	329/7509118	LIBERALATO ROBERTA	0141/482817	RUBINO VINCENZO	349/7923121
CALVANI ROBERTO	0432/553571	LIO SONIA	335/6677205	SALINO PAOLA	349/5624609
CANNIZZARO CATERINA	393/2050574	LOMBARDO ARMODIO	338/1429311	SALTARINI DORIS	335/6301874
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	MANGIFESTA ANNA	333/4690308	SANTORO LUCIA	347/5737814
CASSELLA SERGIO	349/8823605	MARENCO GIANCARLO	0141/392729	SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
CASULA SEVERINO	388/6154491	MEGNA FRANCESCO	0962/924262	SCARDILLI SALVO	095/894367
CERIONI ANNA GRAZIA	338/5950253	MENEGHINI CRISTINA	0532/235428	SCORNAIENCHI CARMELA	0984/98712
CIRIGLIANO PASQUALE	328/7507378	MERCURI EUGENIO	0968/25331	SELLINI MARIO	0968/76244
CORTI M. ELISABETTA	0341/482387	MERLINI FRANCO	02/58013132	SEMENTA STEFANIA	328/4134609
D'ANGELO ANNA	0885/781776	MICOZZI MAURIZIO	0734/965752	SERRA LETIZIA	0131/443370
DE LUCA VERA	039/2717478	MIGLIO VIRGINIA	347/3173998	SGARBI CINZIA	347/2738044
DE PASQUALE AMELIA	339/2753414	MOTTOLA ELISA	333/6780341	SOLARI SILVANO	345/4258568
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737	NARDO GIAMPIETRO	348/9335893	SOPPELSA ALESSIO	0471/907470
DORDONI GIORDANA	338/7404609	NOVELLI BARBARA	338/8718210	SPINACI CARLA	071/1932302
FLARA' NATALIO	0861/8020305	NOVELLI STEFANO	0385/582902	SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
FRATI FULVIO	349/0775079	PAINI GIANCARLA	347/2211654	TADDEI BRUNO	051/6224285
FRUSTO ADRIANA	071/7583613	PALMA G. LUIGI	0836/554819	TAGLIAMONTE MARIA	338/2137311
GAETA NICOLA	0883/483439	PALMIERI GIOVANNI	0835/253952	TUMMINO VITO	031/523327
GARAU TULLIO	347/5278967	PASCALI FERRUCCIO	340/4073885	ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758
GENTILE SALVATORE	0835/986450	PEIS RINALDO	347/2727886	ZULLO CLAUDIO	081/2546455
GIAMBUZZI ROBERTO	085/9173275	PETRUZZIELLO M. GRAZIA	328/8250551		

### PROBIVIRI

ACETO CLAUDIA	0141/487651	cla.aceto@gmail.com
ABAZIA LEONARDO	335/7406044	leonardoabazia@libero.it
GHIANI MARIA CARMEN	338/3700477	mariacarmen.ghiani@tin.it
MANIGLIA RAFFAELE	0832/661083	raffaelemaniglia@gmail.com
MOSANGHINI RENZO	340/3672928	renzomosinghini@virgilio.it

### REVISORI DEI CONTI

CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494	fortunatocampolo@virgilio.it
CHIAVARO CLAUDIO	0874/409389	cchiavaro@libero.it
LIO SONIA	335/6677205	smdb@inwind.it
MENGHINI GIACOMO	06/98340888	giacomomenghini@libero.it
POLI GIACOMO	0376/919155	giacomopoli53@tiscali.it

## COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

### CONFERENZA DELLE REGIONI

**MARENCO GIANCARLO**

SEGRETARIO REGIONALE PIEMONTE  
Tel. 0141/487651  
giancarlomarenco@tin.it

**SALINO PAOLA**

SEGRETARIO REGIONALE VAL D'AOSTA  
Tel. 349/5624609  
salino.p@tiscali.it

**ZAVAGLIA SALVATORE**

SEGRETARIO REGIONALE LOMBARDIA  
Tel. 328/4188758  
szavaglia@tin.it

**SOPPELSA ALESSIO**

SEGRETARIO PROVINCIALE BOLZANO  
alessio.soppelsa@asbz.it

**GUELLA CHIARA**

SEGRETARIO PROVINCIALE TRENTO  
Tel. 333/4419094  
chiara.guella@apss.tn.it

**NARDO GIAMPIETRO**

SEGRETARIO REGIONALE VENETO  
Tel. 348/9335893  
giampietronardo@interfree.it

**SOLARI SILVANO**

SEGRETARIO REGIONALE LIGURIA  
Tel. 345/4258568  
silvanus49@gmail.com

**TADDEI BRUNO**

SEGRETARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA  
Tel. 051/6224285  
b.taddei@ausl.bologna.it

**CERIONI ANNA GRAZIA**

SEGRETARIO REGIONALE MARCHE  
Tel. 338/5950253  
annagrazia.cerioni@gmail.com

**SANTORO LUCIA**

SEGRETARIO REGIONALE TOSCANA  
Tel. 347/5737814  
firsir@teletu.it

**LAZZARI DAVID**

SEGRETARIO REGIONALE UMBRIA  
Tel. 0744/423871  
lazzarid@aospertni.it

**INNEO GIUSEPPE**

SEGRETARIO REGIONALE LAZIO  
Tel. 338/4678461  
giuseppe.inneo@fastwebnet.it

**FLARÀ NATALIO**

SEGRETARIO REGIONALE ABRUZZO  
Tel. 348/4112558  
natalio.flara@gmail.com

**BALDASSARRE GIROLAMO**

SEGRETARIO REGIONALE MOLISE  
Tel. 0874/823714  
girolamo.baldassarre@tin.it

**ZULLO CLAUDIO**

SEGRETARIO REGIONALE CAMPANIA  
Tel. 081/2546455  
clazullo@tin.it

**PALMA GIUSEPPE LUIGI**

SEGRETARIO REGIONALE PUGLIA  
Tel. 348/7719657  
xkpal@tin.it

**GENTILE SALVATORE**

SEGRETARIO REGIONALE BASILICATA  
Tel. 0835/986450  
salvatoregentile4@virgilio.it

**LOMBARDO ARMODIO**

SEGRETARIO REGIONALE CALABRIA  
Tel. 338/1429311  
armlomba@tin.it

**SCARDILLI SALVATORE**

SEGRETARIO REGIONALE SICILIA  
Tel. 095/320955  
salvo\_scardilli@virgilio.it

**GARAU TULLIO**

SEGRETARIO REGIONALE SARDEGNA  
Tel. 347/5278967  
tulliogarau@gmail.com

# COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

## PIEMONTE

### Segretario Regionale

MARENCO Giancarlo 0141/487651

### Segretari Provinciali

AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	LIBERALATO Roberta	0141/482817
CN	LAZZARA Andrea	0175/215270
NO	PROTTI Antonella	333/2026402
VC	SCACCIÓNI Raffaella	0161/250097
BI	ACQUADRO Loredana	015 /9899853
VB	LIO Sonia	335/6677205
TO	PERETTI Paolo	335/6127875

## VAL D'AOSTA

### Segretario Regionale

AO SALINO Paola 349/5624609

## LOMBARDIA

### Segretario Regionale

ZAVAGLIA Salvatore 328/4188758

### Segretari Provinciali

MI città	MERLINI Franco	02/58013132
MI Nord	DE LUCA Vera	039/2717478
MI Sud	CALLONI Giovanni	329/7509118
BG	RUBINO Vincenzo	349/7923121
BS	CIRIGLIANO Pasquale	328/7507378
CO	GIOSI Paola	031/370243
LC	CORTI M. Elisabetta	0341/482387
LO	CANNIZZARO Caterina	393/2050574
CR	POLI Giacomo	0376/919155
MN	BINI Laura	339/5324246
PV	NOVELLI Stefano	0385/582902
SO	GIANATTI Daniela	328/2865763
VA	ROSSINI Mario	335/5995603
LP/CO	PAINI Giancarla	347/2211654
LP/CO	SALTARINI Doris	335/6301874

## PROV. BOLZANO

BZ SOPPELSA Alessio 0471/907470

## PROV. TRENTO

TN GUELLA Chiara 333/4419094

## VENETO

### Segretario Regionale

NARDO Giampietro 348/9335893

### Segretari Provinciali

BL	TURCO Luigi	338/7752577
TV	CASSELLA Sergio	349/8823605
VR	LIBIANCHI SILVIA	045/6138548
VI	ALBIERO Davide	0445/313811
PD	BONAMICI Marco	349/2410485
RO	NICHETTI Giorgio Antonio	333/4652340
VE	SERRA Emilia	347/6443810

## FRIULI

### Segretari Provinciali

UD	CALVANI Roberto	0432/553571
PN	MASCI Silvia	0434/553631
TS	RIPPA Arturo	329/6505673

## LIGURIA

### Segretario Regionale

SOLARI Silvano 345/4258568

### Segretari Provinciali

GE	SOLARI Silvano	345/4258568
IM	PRIVITERA Angela	347/4251121
SP	D'IMPORZANO Agostino	349/8339603

## EMILIA ROMAGNA

### Segretario Regionale

TADDEI Bruno 051/6224285

### Segretari Provinciali

FE	MENEGHINI Cristina	0532/235428
MO	SGARBI Cinzia	347/2738044
PC	DORDONI Giordana	338/7404609
RA	MACCOLINI Diana	0544/213421
RE	BENEDETTI Annalisa	0522/850418
PR	FRATI Fulvio	349/0775079
BO	TADDEI Bruno	051/6224285
RN	NOVAGA Annarosa	0541/698772
FC	NOVELLI Barbara	338/8718210

## MARCHE

### Segretario Regionale

CERIONI Anna Grazia 338/5950253

### Segretari Provinciali

AN	PICCONI Ombretta	0731/534716
AP	ALESSANDRONI Vinicio	0736/844413
MC	FRUSTO Adriana	071/7583613
FM	MICOZZI Maurizio	348/2630003
PU	SPINACI Carla	071/1932302

## TOSCANA

### Segretario Regionale

SANTORO Lucia 347/5737814

### Segretari Provinciali

AR	FARNETANI Edi	0575/658158
GR	PETRUZZIELLO M. Grazia	328/8250551
FI	SANTORO Lucia	347/5737814
LI	ARTICO Nicola	0586/614258
LU	TOCCHINI Stefania	0583/700132
PT/PI	TIMPANO Marco	0587/273378
SI	GAROSI Simona	347/7656675

## COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PO DEGLI INNOCENTI Dario 0574/21135  
MS TIMPANO Marco 0587/273378

### UMBRIA

#### Segretario Regionale

LAZZARI David 0744/205332

#### Segretari Provinciali

PG ANGELUCCI Paola 347/3360618  
TR BELLANCA Rita 349/3323542

### LAZIO

#### Segretario Regionale

INNEO Giuseppe 338/4678461

#### Segretari Provinciali

RM Centro GASPA Piero 335/8281510  
RM Sud-Est INNEO Giuseppe 338/4678461  
FR MACIOCIA Lucio 338/5674638  
LT SANAPO Aldo 338/2687293  
RI BERNARDINI Enrico 0746/278927  
VT CAVASINO Sergio 0761/339232

### ABRUZZO

#### Segretario Regionale

FLARA' Natalio 348/4112558

#### Segretari Provinciali

AQ VALDO Franca 338/3371157  
CH GIAMBUZZI Roberto 085/9173275  
TE DI GIAMMARCO Gilda 338/9078463  
PE SARTORELLI M. Chiara 347/5142566

### MOLISE

#### Segretario Regionale

BALDASSARRE G. 0874/823714

#### Segretari Provinciali

IS DE PASQUALE Amelia 339/2753414  
CB MANGIFESTA Anna 333/4690308

### CAMPANIA

#### Segretario Regionale

ZULLO Claudio 081/2546455

#### Segretari Provinciali

NA ABAZIA Leonardo 335/7406044  
AV SEMENTA Stefania 328/4134609  
BN D'ANGELIS E. 0824/313790  
CE RICCIO Domenico 339/4864048  
SA TAGLIAMONTE Maria 338/2137311

### PUGLIA

#### Segretario Regionale

PALMA Giuseppe 348/7719657

#### Segretari Provinciali

BA MIGLIO Virginia 347/3173998  
BR CIRACÌ Carmelo 340/9383794  
FG D'ANGELO Anna 0885/781776  
LE PASCALI Ferruccio 340/4073885  
TA PICCINNI Anna 392/0924688  
BT GAETA Nicola 0883483439

### BASILICATA

#### Segretario Regionale

GENTILE Salvatore 0835/986450

#### Segretari Provinciali

PZ LETTINI Gianfranco 0972/39239  
MT PALMIERI Giovanni 0835/253952

### CALABRIA

#### Segretario Regionale

LOMBARDO Armodio 338/1429311

#### Segretari Provinciali

RC MOTTOLA Elisa 333/678034  
CZ MERCURI Eugenio 0968/25331  
CS SCORNAIENCHI Carmela 0984/987125  
KR MEGNA Francesco 0962/962568  
VV CARTISANO Orlando 0963/591650

### SICILIA

#### Segretario Regionale

SALVO Scardilli 095/320955

#### Segretari Provinciali

AG INFURCHIA Giuseppe 0922/832757  
CL SAMMARTINO Giuseppina 333/5942289  
CT SCARDILLI Salvo 095/320955  
EN CASTROGIOVANNI Filippo 0935/697061  
ME PIROMALLI Carlo 090/2224925  
RG GUASTELLA Salvatore 335/5713051  
SR SPITALE Giuseppe 0931/582458  
TP NOCERA Giacomo 0923/472259  
PA MUSCATO Rino 335/6944998

### SARDEGNA

#### Segretario Regionale

GARAU Tullio 347/5278967

#### Segretari Provinciali

CA GARAU Tullio 347/5278967  
NU CASULA Severino 388/6154491  
OR PEIS Rinaldo 347/2727886  
SS RASSU M. Rosa 079/9959809

### DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

#### AREA AUIP

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale  
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. \_\_\_\_\_)  
dell'Ente: \_\_\_\_\_

Alla Segr. Iscritti F.A.S.S.I.D. Area AUIP via Arenula 16 - 00186 Roma  
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE F.A.S.S.I.D. Area AUIP e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_

dipendente con la qualifica di:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Psicologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Fisico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Biologo   | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Chimico   |   |

Servizio o Presidio \_\_\_\_\_

Tel. Servizio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di F.A.S.S.I.D. Area AUIP per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_  
dell'anno \_\_\_\_\_;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza F.A.S.S.I.D. Area AUIP al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:**

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Al Servizio Economico-Finanziario**  
**Modalità di riscossione dei contributi sindacali**  
**F.A.S.S.I.D. Area AUIP**  
**per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.**

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statuari comuniciamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

**mediante versamento su c.c.p. n° 72492028**  
**o Bonifico postale con cod. IBAN:**  
**IT68M0760103200000072492028**

**intestato a**

**AUIP**  
**Via Arenula 16 - 00186 ROMA**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

**per i dipendenti da tutte le Amministrazioni, pubbliche o private: l'uno per cento (1%) sul totale onnicomprensivo del netto variante in ciascuna busta paga mensile.**

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato il mese di competenza ed il numero degli iscritti ed i loro nominativi, distinti fra deleghe semplici e doppie deleghe; ed inoltre la città sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni necessarie.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata in copia protocollata dall'Ente ad:**

**AUIP**  
**via Arenula 16**  
**00186 ROMA**  
**fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**

## ADESIONE LIBERI PROFESSIONISTI:

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ chiedo con la presente l'iscrizione all'*AUPI - Associazione Unitaria Psicologi Italiani*, conseguentemente di ricevere regolarmente *AUPI-Notizie* ed ogni altra competente comunicazione, e veder tutelata dal Sindacato la mia posizione personale di psicologo \_\_\_\_\_.

La quota associativa è di:  € 50,00 per chi ha un reddito annuo inferiore a € 15.000,00  
 € 100,00 per chi ha un reddito annuo superiore a € 15.000,00

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € \_\_\_\_\_ per la quota associativa relativa all'anno solare 2016 dovuta in qualità di:

LP Libera/o Professionista, tel. studio: \_\_\_\_/\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

## ADESIONE CONVENZIONATI E DIPENDENTI PRIVATI:

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ chiedo con la presente l'adesione all'*Aupi - Associazione Unitaria Psicologi Italiani*, conseguentemente di ricevere regolarmente *AUPI-Notizie* ed ogni altra competente comunicazione.

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € \_\_\_\_\_ per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2016 dovuta in qualità di:

La quota associativa è di:  € 50,00 per chi ha un reddito annuo inferiore a € 15.000,00  
 € 100,00 per chi ha un reddito annuo superiore a € 15.000,00

CO Convenzionata /o con GeG  con Min. Difesa  con altro \_\_\_\_\_  
(Dati Ente tel. lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_)

SP Dipendente da Ente Sanitario Privato (*non Aris/Aiop*)  
(Dati Ente tel. lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_)

DP Laureato in Psicol. Dipendente da ditta Privata/Ente non Sanitario  
(Dati Ditta/Ente tel. lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_)

## ADESIONE NON OCCUPATI E PENSIONATI:

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ chiedo con la presente l'adesione all'*Aupi - Associazione Unitaria Psicologi Italiani*, conseguentemente di ricevere regolarmente *AUPI-Notizie* ed ogni altra competente comunicazione.

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € \_\_\_\_\_ per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2016 dovuta in qualità di:

XD € 50,00 Laureato in Psicologia non occupato  Data di nascita \_\_\_\_\_  
 ST € 50,00 Studente in Psicologia  Università di \_\_\_\_\_  
 PE € 50,00 Pensionato

## RICHIESTA DI ABBONAMENTO per l'anno 2016:

€ 100,00 (Abbonamento *AUPI-Notizie* per Enti ed Associazioni. Vengono inviati tutti i numeri usciti nell'anno)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi della vigente legge sulla Privacy, autorizza l'*AUPI* al trattamento di questi dati per i legittimi fini associativi e sindacali, di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione, riservandosi di limitare o revocare tale autorizzazione in qualunque momento.

**AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:**

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

A cura del/la Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata, corredata dalla fotocopia del versamento, ad:

**AUPI Via Arenula, 16 - 00186 ROMA**  
**Fax 0668803822 - Tel. 066893191.**

Riportare sulla causale se si tratta di rinnovo o di nuova iscrizione.

**Sotto la propria responsabilità** il collega dovrà annotare sulla scheda, barrando l'apposita casella, il proprio status (da cui dipende la misura della quota annua).

firma: \_\_\_\_\_

# CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)



**AUPI**  
ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI  
Cod. Fisc. AUPI 96011290044

Al Sig. Direttore generale  
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL n. \_\_\_\_\_)  
dell'Ente: \_\_\_\_\_

Alla Segr. Iscritti AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma  
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE all'AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_

*Convenzionato ACN 8/7/10 per n° \_\_\_\_\_ ore/sett*  
**Dichiaro di essere titolare per complessive n° \_\_\_\_\_**  
*ore/settimanali presso le altre seguenti Aziende Sanitarie:*

\_\_\_\_\_

Servizio o Presidio \_\_\_\_\_

Tel. Servizio \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_  
dell'anno \_\_\_\_\_;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:**

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

## Al Servizio Economico-Finanziario Modalità di riscossione dei contributi sindacali AUPI per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

**mediante versamento su c.c.p. n° 72492028**  
**o Bonifico postale con cod. IBAN:**  
**IT68M076010320000072492028**  
**intestato a AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

**per i Convenzionati (quota fissa):**

- € 7.75 mensili per incarichi da 1 a 12 ore settimanali.
- € 11.35 mensili per incarichi da 13 a 24 ore settimanali.
- € 13.95 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.

In caso di incarichi presso più Aziende Sanitarie il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla ASL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

Il Segretario Generale AUPI  
MARIO SELLINI

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere  
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:**

**AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA**  
**fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**

## FORM-AUPI

È nata la Federazione Italiana delle Società di Psicologia per costituire, salvaguardando l'autonomia e la specificità di ognuna, una esperienza comune in grado di riunire gli sforzi e di finalizzarli verso obiettivi concreti, quali la diffusione e l'informazione delle iniziative scientifiche all'interno e all'esterno della categoria,

**STATUTO**  
**Federazione Italiana delle Società di Psicologia**  
**F. I. S. P.**

Art. 1. È costituita con atto pubblico una Federazione Italiana delle Società di Psicologia - F.I.S.P., che s'intende duratura dalla data della sua costituzione sino al 31 dicembre 2050 e potrà essere prorogata. L'Associazione ha sede legale in Roma, alla via Arenula 16. Essa può dotarsi di altre sedi decentrate in tutta Italia.

Art. 2. *Omissis*

Art. 3. La Federazione intende mettere e mantenere in contatto fra di loro ed essere un riferimento generale per tutte le Società di Psicologia, qualunque sia il loro campo di attività, la loro metodologia, le loro funzioni, i loro riferimenti teorici o pratici, ponendo la Psicologia nel contesto europeo e mondiale, ed avvalendosi parallelamente del contributo delle altre discipline biomediche, sociali, giuridiche ed economiche.

Gli scopi della F.I.S.P. sono:

- a) promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
- b) stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
- c) promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
- d) divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
- e) segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni, i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
- f) organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni ecc. su altri settori ritenuti necessari.

A tale scopo, la Federazione intratterrà rapporti costanti con le altre Federazioni, nazionali ed internazionali, nonché con gli Istituti di formazione, l'Università, e con gli Enti pubblici e privati. Con tali Associazioni, Istituti ed Enti la F.I.S.P. potrà stipulare convenzioni, avviando ogni utile collaborazione o assecondando quelle già avviate da altri; potrà inoltre svolgere attività ritenute utili al raggiungimento degli scopi statutari.

La Federazione potrà dotarsi di ogni strumento ed organo di comunicazione interna fra le Società scientifiche ed esterna, organizzare convegni, seminari, e ricerche a livello nazionale ed internazionale, favorire la conoscenza tempestiva di tutte le iniziative utili a migliorare le conoscenze e le applicazioni della Psicologia.

La Federazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate, ad eccezione di quelle ad essa strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, in quanto integrative delle stesse.

*Ai sensi della vigente normativa sulla privacy, avvertiamo i colleghi che l'AUPI opera regolarmente il trattamento dei dati personali, da loro forniti, per i normali e legittimi fini associativi e sindacali: informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ricerca di nuove occupazioni ed opportunità professionali, e simili vantaggiosi obiettivi. Non forniamo mai a terzi i dati in nostro possesso, se non per il calcolo obbligatorio della rappresentatività e, in tal caso, li riduciamo in forma meramente quantitativa ed anonima. In particolare prendiamo sistematiche precauzioni perché non possano essere trafugati ed usati a scopi commerciali. In ogni caso, ogni collega ha il diritto di limitare od annullare in ogni momento ogni forma di trattamento di questi suoi dati personali, comunicando questa sua volontà alla sede nazionale.*

*È autorizzata la riproduzione totale o parziale dei testi contenuti in questa rivista, citando la fonte.*

*AUPI Notizie è aperto ai contributi di tutti gli iscritti; la responsabilità dei diversi articoli compete ai rispettivi autori.*

SITO AUPI:  
**<http://www.aupi.it>**  
**email: [aupti.it@aupti.it](mailto:aupti.it@aupti.it)**

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di Ottobre 2016



## Lo Staff Redazionale di AUPI Notizie

**Direttore Responsabile**  
Mario Sellini

**Capo Redattore**  
Rinaldo Perini

**Vice Capo Redattore**  
Giovanni Cavadi

**Redazione di AUPI Notizie**  
*Sede Centrale AUPI*  
via Arenula 16  
00186 ROMA

